ROK IV WARSZAWA 1930 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. J. WĘGIERKO

Ważniejsze dane, dotyczące istoty i leczenia cukrzycy.

(dokończenie)

Przechodząc obecnie do leczenia cukrzycy, wspomnę w kilku słowach o zasadniczych dążeniach naszych w postępowaniu leczniczem. Zaznaczę przytem, że, lecząc chorego na cukrzycę dbać musimy aby chory szybko nabierał sił, jeżeli jest wyniszczony, to przybierał na wadze, słowem, aby ustępowały wszelkie objawy związane z cukrzycą. Pod żadnym zaś względem nie należy dążyć przedewszystkiem i wyłącznie do usunięcia, za wszelką cenę, cukru z moczu, jako do celu najważniejszego. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ostatecznie trzeba osiągnąć odcukrzenie moczu i usunąć przecukrzenie krwi i tkanek, ale nie można dążyć do tego kosztem pogorszenia stanu ogólnego chorych.

W większości przypadków odcukrzenie moczu nie nasuwa wiele trudności; wystarczy niepodawanie lub ograniczenie podawania węglowodanów, a cel ten będzie osiągnięty. Zadaniem jednak leczącego cukrzycę nie jest doraźne odcukrzenie chorego, aby po kilku dniach utrzymywania męczącej djety, chory powrócił do pierwotnego odżywiania i nadal wydzielał duże ilości cukru. D ą ż e n i e m l e k a r z a p o w i n n o b y ć p o d n i e s i e n i e t o l e r a n c j i w ę g l o w o d a n o w e j i c i e p ł o s t k o w e j c h o r e g o. Należy stworzyć takie warunki, aby osłabić wzmożoną glikogenolityczną czynność wątroby, a tem samem zwiększvć zawartość glikogenu w wątrobie. Z chwilą zwiększenia się zawartości glikogenu w wątrobie tolerancja chorego wzrasta i może on coraz więcej, bez szkody, spożywać węglowodanów, białka i tłuszczu.

Nim wytkniemy główne linje postępowania leczniczego w cukrzycy, wspomnimy jeszcze o ważniejszych dotychczas stosowanych sposobach djetetycznego leczenia cukrzycy. Sposoby te są następujące:

1) ograniczanie ciepłostek z podawaniem wszystkich 3-ch rodzajów pożywienia: węglowodanów, tłuszczu i białka

w stosunku wagowym mniej więcej fizjologicznym (węglowodany: tłuszcz: białko = = 3 : 2 : 1);

2) ograniczanie ciepłostek z podawaniem większej ilości węglowodanów, a więc zmniejszone podawanie białka i tłuszczu (djeta owsiankowa *v. Noordena*, kartoflana *Mossè*, ryżowa i inne), lub też wyłączne zalecanie węglowodanów w postaci owoców, mianowicie bananów (*Noorden*), lub też czystego cukru gronowego (*Klemperer*);

3) głodzenie okresowe (dni głodowe lub półgłodowe), polegające na podawaniu niewielkiej ilości jarzyn zielonych i wyskoku (djetę głodową można uważać za „krańcowo małokaloryczną", a więc mechanizm jej działania będzie taki, jak djety małokalorycznej);

4) ograniczanie lub usunięcie węglowodanów z dostateczną ilością ciepłostek (djeta białkowo - tłuszczowa pełnokaloryczna);

5) ograniczanie białka z minimalnym podawaniem węglowodanów i obfitem podawaniem tłuszczu – pożywienie ciepłostkowo dostateczne (*Petrén*);

6) ograniczanie białka ze sporą ilością węglowodanów i tłuszczów — pożywienia bogate kalorycznie (djeta mączna *Falty* lub do niej zbliżona *Kolischa*);

7) ograniczanie tłuszczu, dużo białka, dość dużo węglowodanów — pożywienie małokaloryczne (*Adlersberg i Porges*).

Z powyższego schematycznego zestawienia widać, że mamy tu do czynienia z wszelkiemi możliwemi kombinacjami djetetycznemi, polegającemi na ograniczaniu bądź jednego, bądź drugiego lub trzeciego rodzaju pożywienia. Widzimy także, że rozporządzamy albo pożywieniem pełnokalorycznem, albo małokalorycznem.

Wobec tego zastanowić się trzeba, jak stosować należy poszczególne djety, aby osiągnąć wyniki pomyślne, i czy obecnie, kiedy rozporządzamy leczeniem insulinowem, wszystkie te djety mają rację bytu.

Rzecz jasna, że nie wszystkim chorym można stosować wszystkie wspomniane dopiero co djety.

Dla jednych bowiem chorych wskazana bywa djeta małokaloryczna, dla innych znowu podobna djeta okazać się może wręcz szkodliwą. Inni znowu chorzy muszą otrzymywać pożywienia pełnokaloryczne, a nawet hiperkaloryczne.

Ze wszystkich wymienionych wyżej djet należy stanowczo odrzucić, mojem zdaniem, djetę *Petréna*. Djeta ta bowiem nie nadaje się dla żadnych chorych i nie doprowadza do tego, do czego zmierzać powinno każde bez wyjątku leczenie, a mianowicie do poprawy tolerancji ogólnej (węglowodanowej i ciepłostkowej).

Djeta *Petréna*, jak wiadomo, jest djetą pełnokaloryczną, a w skład jej wchodzi przeważnie tłuszcz. Węglowodany i białko podane są tu w ilości minimalnej, a są to wyłącznie węglowodany i białko jarzynowe. Nie może ulegać wątpliwości, że chorzy, pozostający na tej djecie, tracą cukier w moczu i zmniejsza im się zawartość cukru we krwi, gdyż chorzy ci nie otrzymują prawie zupełnie węglowodanów (węglowodany jarzynowe, otrzymywane w minimalnej ilości znoszone bywają dobrze). U chorych tych stwierdzamy również zmniejszone wydzielanie ciał ketonowych. I temu faktowi dziwić się nie należy, gdyż powszechnie wiadomo że głodzenie prowadzi do uspokojenia glikogenotwórczej i glikogenolitycznej czynności wątroby, a więc i do zmniejszenia ketonurji.

Chorzy zatem pozostający na djecie *Petréna*, pomimo bogatokalorycznego pożywienia się głodzą. Że tak jest w istocie, dowodzą nam niezaprzeczone fakty, a mianowicie: 1) chorzy ci nie tylko nie przybywają na wadze, lecz przeciwnie chudną; 2) wydzielają stolce, zawierające ogromne ilości tłuszczu, równe prawie tym, które spożywają. Jasnem więc jest, że podawany nadmiar tłuszczu wyłącznie z jarzynami po pewnym czasie przestaje się wchłaniać i opuszcza ustrój w stanie nie zmienionym. Nie mogę narazie powiedzieć, jaka jest przyczyna słabego wchłaniania tłuszczu z jelit u chorych cukrzycych, będących na djecie *Petréna*; być może wstręt, jaki odczuwają chorzy, spożywając jedzenie petrenowskie, przyczynia się do tego. W każdym bądź razie fakt pozostaje faktem, że stolce tych chorych zawierają nadmiar tłuszczu, o czem się w licznych swych badaniach przekonałem.

Jakie więc osiągamy korzyści dla chorego djetą *Petréna*? Prawda, że chorzy tracą cukier w moczu, że zmniejsza się ich przecukrzenie krwi, że wreszcie

zmniejsza się ich ketonurja, ale za to chorzy ci czują się b. źle, tracą na wadze i narażeni są na przykre pożywienie. Z chwilą, gdy tylko otrzymują węglowodany w postaci tak upragnionego przez nich chleba, chociażby w ilości minimalnej, znowu zaczynają wydzielać cukier w moczu. Pocóż więc dla taniego efektu, jakim jest chwilowe odcukrzenie moczu, zmuszać chorych do niefizjologicznego i niesmacznego pożywienia, przy którym czują się b. źle.

W ramach niniejszego artykułu nie jestem w stanie przytoczyć danych liczbowych, osiągniętych przezemnie podczas prowadzenia u chorych djety *Petréna*, jednakże mam prawo twierdzić, że przy tej djecie nie osiągamy poprawy tolerancji, a pogarszamy samopoczucie chorych, wreszcie sprowadzamy ubytek wagi, co u chorych wyniszczonych nie może ominąć naszej uwagi.

Pragnę zaznaczyć również, że nie mogę się zgodzić z twierdzeniem *Petréna*, jakoby zmniejszanie się ciał ketonowych przy jego djecie ma polegać na tem, że podaje on minimalne ilości białka. Wiadomo bowiem, że tłuszcze są ciałami ketonotwórczemi, w djecie zaś *Pétrena*, podane one w nadmiarze, ketonurji nie sprowadzają, a nawet ją zmniejszają, a więc sądzi *Petrén*, że zmniejszenie białka odgrywa tu rolę ketonoobrończą. Nie wdając się w dłuższą dyskusję powiedzieć należy, że przeciwketonowe działanie djety *Petréna* polega wyłącznie na tem, że większość tłuszczu się nie wchłania, a więc jest owa djeta właściwie djetą małokaloryczną i ta małokaloryczność działa przeciwketonowo.

Wogóle trudno mówić o ciałach ketonotwórczych, dostarczanych pożywieniem, gdyż w ustroju istnieje zawsze dostatecznie ciał zapasowych (zarówno tłuszczu jak i białka), z których mogą powstawać ciała ketonowe, skoro tylko istnieje tendencja do ich powstawania. Najważniejsze czynniki, które działają przeciwketonowo to przedewszystkiem małokaloryczne pożywienie, zmniejszające glikogenolityczną czynność wątroby i dostarczanie ustrojowi pewnej ilości węglowodanów, jako budulca glikogenu. Na tej zasadzie opiera się też działanie takich djet, jak owsiankowa *Noordena*, kartoflana *Mossé*, ryżowa, bananowa, cukrowa *Klemperera*, i wiele innych. Są to djety małokaloryczne z pewną ilością węglowodanów i w tem tkwi ich dodatnie działanie. Błędem byłoby natomiast sądzić, że w owsiance znajdujemy jakiś przetwór specjalnie dobrze działający w chorobie cukrowej lub też, że ograniczanie białka do minimum ma wywierać jakiś nadzwyczajny wpływ leczniczy.

Jak wielce ujemny wpływ posiada zwiększanie w pożywieniu ciepłostek na tolerancję węglowodanową dowodzi chociażby następujący fakt. Wiadomo, że spożyty tłuszcz nie zwiększa poziomu cukru we krwi, a białko wywołuje nieznaczną tylko hiperglikemję. Jednakże tłuszcz lub białko spożyte z pewną ilością węglowodanu (cukru gronowego) sprowadza większą hyperglikemję, niż ta, jaka powstaje po spożyciu tej samej ilości samego tylko cukru gronowego t. j. bez równoczesnego wprowadzenia białka lub tłuszczu.

Z doświadczeń moich wynika bowiem, że równoczesne podanie doustne 50 g. cukru gronowego i 50 g. masła wyraźnie nasila hiperglikemję, występującą po wyłącznem podaniu samego tylko cukru gronowego. Wzrost hiperglikemji po cukrze gronowym, wskutek równoczesnego podania masła, nie posiada jednakowego nasilenia we wszystkich przypadkach. W jednym np. przypadku najwyższe wzniesienie cukru we krwi po cukrze gronowym i maśle może być większe o 45%, niż najwyższe wzniesienie cukru we krwi po samym tylko cukrze gronowym. W innym znowu przypadku różnica ta wynosić może zaledwie 6%.

Pod wpływem równoczesnego podawawania cukru i białka stwierdzamy podobnie, jak po równoczesnem podaniu cukru i tłuszczu, wyraźne zwiększenie hiperglikemji w porównaniu do hiperglikemji, występującej po podaniu samego tylko cukru gronowego. Zwiększenie to bywa również w poszczególnych przypadkach niejednakowo zaznaczone i waha się przeważnie od 4% do 34%.

Na zasadzie swoich doświadczeń doszedłem do wniosku, że zarówno tłuszcz, jak i białko, podane doustnie, zwiększają wyraźnie hi-

perglikemję, wywołaną również doustnie podanym cukrem gronowym. Sądzę, że podobne działanie białka i tłuszczu polega na uruchomianiu glikogenu wątrobowego, a więc zarówno białko, jak i tłuszcz mogą odgrywać nie tylko rolę materjału, z którego powstaje cukier, ale też i rolę bodźców, uruchamiających glikogen wątrobowy.

Widzimy więc, że wprowadzanie do ustroju większej ilości ciepłostek wywołuje uruchamianie glikogenu wątrobowego, a więc zmniejszenie tolerancji węglowodanowej, co znowu prowadzi do ujemnego bilansu węglowodanowego, a tem samem do ketonurji. Dopiero co powiedziane musi być zupełnie zrozumiałe, bowiem wiemy, że z chwilą wzmożonego rozpadu glikogenu wątrobowego, więcej się jego musi wytwarzać, a z braku węglowodanu powstaje on, jak już wspominaliśmy, z białka, a nawet tłuszczu. Przy przechodzeniu zaś białka i tłuszczu w węglowodan powstają, jako produkt uboczny, ciała ketonowe.

Białko i tłuszcz możemy zatem rozpatrywać, jako ciała ketonotwórcze, lecz nie tylko w znaczeniu budulca, ale i bodźca.

Przechodząc do dalszej krytyki wyszczególnionych wyżej 7-iu rodzajów djet zasadniczych, musimy odrzucić także djetę, wspomnianą w punkcie 4-ym (ograniczenie lub usunięcie węglowodanów z dostateczną ilością ciepłostek). Na zasadzie dotychczasowego naszego rozumowania djeta ta nie może wywierać wpływu dodatniego. Może najwyżej prowadzić do odcukrzenia moczu, ale zato w cięższych przypadkach będzie zawsze prowadzić do ketonurji, która dla ustroju jest stokroć niebezpieczniejsza od cukromoczu. W djecie tej mamy do czynienia z wprowadzaniem dużej ilości ciepłostek białkowych i tłuszczowych, a zatem z materjałem uruchamiającym glikogen wątrobowy, a nie dostarczamy równocześnie należytej ilości budulca, z którego mógłby ów glikogen powstawać, a mianowicie węglowodanów. Stwarzamy w ten sposób idealne warunki do powstawania ketonurji — do zakwaszenia ustroju.

Dochodzimy więc do wniosku, że zgodnie z naszemi przesłankami teoretycznemi, które zostały poparte praktyką, zarówno djeta tłuszczowa *Petréna*, jak i djeta pełnokaloryczna białkowo-tłuszczowa z małą ilością węglowodanów, nie jest odpowiednia dla żadnych chorych cukrzyczych, a tem bardziej dla chorych skłonnych do zakwaszenia ustroju ciałami ketonowemi.

Co się tyczy djety *Falty* (punkt 6), to posiada ona tę wyższość nad djetą *Petréna*, że zawiera sporą ilość węglowodanów, a chociaż jest bogatokaloryczna, dzięki dużej ilości tłuszczu, to w rzeczywistości jest jednakże małokaloryczna, gdyż i tu, jak w djecie *Petréna* spora ilość tłuszczu nie zostaje wchłonięta, a wydalana ze stolcem.

Wszystkie inne djety, wymienione przez nas wyżej, odpowiadają głównemu postulatowi, który brzmi: małokaloryczność z pewną ilością węglowodanów.

Djety małokaloryczne, pozwalające na lepsze przyswajanie glikogenu wątrobowego, czyli zmniejszające glikogenolityczną czynność wątroby, a więc podnoszące tolerancję węglowodanową, mogą być jednakże stosowane wyłącznie u chorych dostatecznie lub nadmiernie odżywionych. Żadną miarą wyniszczonych chorych nie należy odżywiać małokalorycznie. jak zresztą nie czynimy tego nigdy z chorymi wyniszczonymi, cierpiącymi na inne, niż cukrzyca choroby.

W przypadkach, w których z powodu niedostatecznego odżywienia, a nawet charłactwa, nie jesteśmy w stanie przeprowadzić przez czas dłuższy odżywiania małokalorycznego, musimy przybiegnąć do leczenia insulinowego. Insulina w danym wypadku działa zupełnie tak samo, jak pożywienie małokaloryczne, a mianowicie pozwala na lepsze zużytkowanie spożytych węglowodanów, prowadzi więc do deponowania węglowodanów w wątrobie w postaci glikogenu. Insulina jest jednakże niepomiernie silniejszym środkiem, niż stosowanie pożywienia małokalorycznego i dlatego też, stosując insulinę, możemy sobie pozwolić na obfitsze wprowadzania do ustroju, tak bardzo potrzebnych węglowodanów, niż podczas pożywienia małokalorycznego. Dla tego też, podając insulinę, należy równocześnie wprowadzać dużą ilość węglowodanów, które się będą deponować w wątrobie i w ten sposób wzmagać się będzie tolerancja chorych.

Trudno wprost opisać tę wybitną poprawę wyglądu i samopoczucia chorych pod wpływem podawania insuliny i obficie węglowodanowego pożywienia. Chorzy podobni, wygłodzeni pod względem węglowodanowym, których wątroba i inne składy glikogenu są prawie puste, nabierają sił żywotnych, gdy tylko zdołają w swym ustroju zatrzymać nieco węglowodanów. Leczenie insulinowe w połączeniu z podawaniem obfitej ilości węglowodanów daje znakomite wyniki. Do takiego wniosku upoważnia mnie kilkoletnie doświadczenie, oparte na obserwacji chorych, którzy na początku leczenia byli o tyle wychudzeni i osłabieni, że porzucili swój zawód i przebywali prawie ciągle w łóżku. Chorzy ci zgłaszali się do mnie w stanie znacznego zatrucia kwasicowego i roztaczali wokoło siebie zapach acetonu, uskarżali się na bezsenność, mdłości, b r a k ł a k n i e n i a, a od półtora roku wykazywali w moczu, przy dotychczas przez chorych przestrzeganej djecie, stale aceton i kwas acetooctowy. Osoby te dzisiaj uważają siebie za zdrowe, wykazują przybytek na wadze po 10—15 kg., odżywiają się dosyć obficie węglowodanami; pomimo to wykazują nieznaczne tylko przecukrzenie we krwi i wymagają zaledwie 30—40 jednostek insuliny dziennie, wtenczas gdy na początku leczenia musieli otrzymywać jej do 150 jednostek.

Najbardziej ważnym momentem w leczeniu przypadków insulinowych jest przejście od leczenia insulinowego do leczenia wyłącznie djetetycznego. Nigdy nie można przewidzieć, czy dany przypadek będzie mógł się obejść bez insuliny i na jak długo. Niektórzy chorzy rozpoczynają leczenie w stanie b. ciężkim, przedśpiączkowym lub nawet w śpiączce, wykazują wówczas znaczny niedobór wagowy, a jednak po pewnym czasie insulinowania i bogato węglowodanowego pożywienia przechodzą na djetę, zawierającą pewną ilość węglowodanów i dostateczną ilość ciepłostek i utrzymują się długo w równowadze węglowodanowej bez insuliny. Inni znowu chorzy, na pierwszy rzut oka oceniani jako przypadki nieciężkie, nie mogą się obejść bez insuliny. Należy podkreślić, że wymagane jest bezwzględnie indywidualne postępowanie w każdym poszczególnym przypadku cukrzycy, i nie można nigdy zgóry przewidzieć, czy dany przypadek będzie musiał być insulinowany stale, czy też okresowo, z jakiemi przerwami i t. d.

Streszczając powiedziane dotąd o leczeniu cukrzycy, podkreślę główne wytyczne postępowania.

Chorych dostatecznie odżywionych wzgl. przekarmionych leczymy djętą małokaloryczną z pewną ilością węglowodanów. Chorych wyniszczonych tuczymy obfitem pożywieniem z dużą ilością węglowodanów (pożywienie zbliżone do fizjologicznego) i podajemy tyle insuliny, aby chorzy nie wydzielali cukru, ciał ketonowych i wykazywali normalną ilość cukru we krwi. Insulinę w podobnych przypadkach musimy podawać z biegiem czasu w dawkach coraz mniejszych, bowiem tolerancja węglowodanowa tych chorych wzrasta.

Djeta małokaloryczna zawiera około 20, w miarę potrzeby okresowo nawet 15 kalorji na kg. wagi chorego. Poza tem niepowinna zawierać mniej niż 80—100 gr. węglowodanów. Naturalnie w poszczególnych przypadkach musimy postępować różnie w zależności od tolerancji danego chorego zarówno w kierunku węglowodanów, jak i ogólnej ilości ciepłostek. U osób otyłych przeprowadzamy w przypadkach uporczywych nawet djety półgłodowe, podając zaledwie tylko węglowodany jako produkt niezbędny, ale w ilości niedużej, najczęściej w postaci owoców, Przy ogólnej małej ilości podanych kalorji chorzy ci nie wydzielają cukru, pomimo, że otrzymują węglowodany. Chorych tych oczywiście nie insulinujemy.

W przypadkach cukrzycy wyniszczającej (chorzy wychudzeni, z brakiem rezerw), podajemy dużo węglowodanów 200—300 g. pozatem 30, a nawet 40 kal. na kg. wagi. Stosujemy przy tem insulinę często nawet, gdy potrzeba, 3 razy dziennie po 50 jedn., stopniowo, z poprawą tolerancji, zmniejszając dawki insuliny.

W ramach niniejszego artykułu nie mogłem przedstawić czytelnikowi całokształtu postępowania leczniczego w cukrzycy, gdyż temat, to zbyt obszerny. Nie było to zresztą wcale moim zadaniem, gdyż celem niniejszego artykułu, jest nakreślenie jedynie głównej wytycznej postępowania leczniczego, jakie stosuję od szeregu lat z b. dobrym wynikiem, chcąc w ten sposób zachęcić innych do tego postępowania.

Après une courte discussion du mécanisme du diabète en appuyant surtout sur le rôle du pancréas, du foie et des glandes endocrines, l'auteur passe en revue les diètes principalement recommandées et il donne une classification du diabète, fondée sur les indications thérapeutiques. L'auteur distingue une forme du diabète avec poids suffisant de celle avec poids déficient. L'insuline n'est pas recommandable dans le premier groupe; ces malades demandent un traitement diététique avec une nourriture pauvre en calories avec peu d'hydrates de carbone. Dans le deuxieme groupe l'insuline est nécessaire combinée à une nourriture riche en calories avec une quantité suffisante d'hydrates de carbone. Il appuie surtout sur le fait qu'en diminuant la quantité des calories introduites on contribue à élever la tolérance pour les hydrates de carbone.

Les expériences de l'auteur ont démontré que les graisses et les substances protéiniques introduites en même temps avec la dextrose augmentent considérablement l'hyperglycémie en comparaison de l'action de la dextrose introduite isolément.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Ropień aseptyczny w zapaleniach płuc (L'abscès de fixation dans les affections broncho-pulmonaires). A. Pic i P. Delore. *Le Journal de Méd. de Lyon 1930, nr 247*

W zapaleniach płuc założenie ropnia terpentynowego daje szczególnie korzystne wyniki. Wskazania w płatowem zapaleniu płuc są następujące: przedewszystkiem ciężkie objawy ogólne dowodzące septikaemji, potwierdzone hemokulturą. *Pic* i *Bonnamour* sądzą, że objawy miejscowe w płucach mogą tu być rozmaite, gdyż zależą one od jadowitości pneumokokka. Przy małej jadowitości spotykamy nieraz tylko nawał przekrwieniowy płuca (congestion pulmonaire *Woillez*), przy bardzo znacznej jadowitości spotykamy ciężkie objawy ogólne; podczas gdy w płucach dochodzi również tylko do nawału. Tę ostatnią postać spostrzegano często w czasie pandemji grypy w latach 1889—1890 i w czasie 1918—1919 roku; przebieg tu był b, ciężki i ostry, nieraz piorunujący, śmiertelność bardzo duża. W tych przypadkach wyniki leczenia zapomocą stosowania ropnia aseptycznego były bardzo zachęcające.

W przypadkach typowego zapalenia płuc płatowego, autorowie zalecają stosowanie ropnia terpentynowego dziewiątego dnia choroby. Należy chorego dokładnie obserwować i zebrać dokładne wywiady, by nie stosować wstrzykiwania terpentyny na dzień lub dwa przed przełomem, gdyż w tych przypadkach leczenie omawiane jest zbędne; potrzebne jest ono tylko dla skrócenia przedłużającego się zapalenia płuc. Dalszem wskazaniem jest przenoszenie się choroby na inne płaty. Wreszcie stosować należy terpentynę w przypadkach zapalenia płuc, gdy chodzi o chorych bardzo osłabionych i nieodpornych wskutek poprzednio przebytych chorób oskrzeli, płuc, opłucnej lub serca. Także późny wiek chorych może być wskazaniem do założenia ropnia terpentynowego, gdyż późniejszy wiek stać może na przeszkodzie w stosowaniu innego postępowania leczniczego a zarazem pogarsza rokowanie.

W zapaleniu płucodoskrzelikowem wskazania do stosowania ropnia terpentynowego są naogół bardzo podobne. Autorowie są w tem cierpieniu jeszcze mniej wstrzemięźliwi we wskazaniach.

Co się tyczy statystyki otrzymanych wyników, to autorowie przytaczają dane wielu badaczy, którzy mówią o korzystnem, a nieraz wprost cudownem działaniu omawianego leczenia. Słusznie to podkreślają, że statystyka mało tu może wykazać, gdyż leczenie zapomocą ropnia aseptycznego stosuje się przeważnie tylko w przypadkach bardzo ciężkich, a nieraz jako ultima ratio, gdy niema nic do stracenia. Pouczającem jest jednak porównanie dwuch oddziałów w Lugdunie. W klinice autorów stosowano ropień terpentynowy we wszystkich ciężkich przypadkach w okresie 3 lat i otrzymano na 43 przypadki zapaleń płuc 40 wyleczeń t. j. śmiertelność = 6,9%. W drugim oddziele spostrzegano w tym czasie 38 przypadków z śmiertelnością 26,8%. 3 przypadki śmierci w klinice autorów dotyczą dwu chorych, którzy zmarli na drugi dzień po przybyciu do kliniki; u trzeciego pierwsze wstrzyknięcie terdentyny nie przyjęło się. Chory zmarł 4-go dnia po „przyjęciu się" drugiego wstrzyknięcia terpentyny, wskutek nagłego pogorszenia się.

Wreszcie autorowie przytaczają korzystne nieuaz działanie ropnia aseptycznego w przypadku kporczywej dychawicy oskrzelowej, powisłanej zapalnemi zmianami w płucach. Wynik był rkuteczny, napady zupełnie ustąpiły, a bardzo ychło zniknęły też zmiany zapalne w płucach.

„Odciąganie" leukocytów i gruźlica. (Dérivation leucocytaire et tuberculose). P. Delore. *Le Journal de Méd. de Lyon 1930, nr 247*

Już twórca metody ropnia aseptycznego, *Fochier*, stwierdził, że metoda ta nie daje żadnych wyników w gruźlicy płuc. Badania późniejszych autorów potwierdziły te wyniki. Autorowie próbowali również zakładać ropień terpentynowy w przebiegu gruźlicy płuc i widzieli, jako jedyny wynik, przejściowe zmniejszenie się ilości wypluwanej plwociny. z drugiej strony stwierdzono, że ropa, uzyskana zapomocą zastrzyku terpentyny u gruźliczych i wstrzyknięta śwince morskiej nie wywoływała zmian gruźliczych.

Wyniki te (ujemne) są dziwne, wobec dawnych spostrzeżeń, że należy do bardzo rzadkich obserwacyj współczesność rozwoju gruźlicy płucnej i pozapłucnej u ludzi. Natomiast do reguły należy osłabienie rozwoju, a nawet podleczenie sie gruźlicy płuc u chorych, którzy zachorowali na ropne, gruźlicze sprawy pozapłucne jak np. ropiejąca gruźlicza przetoka odbytu. Podobnie też nieraz spostrzegano pogorszenie się sprawy płucnej (gruźliczej) u chorych, u których towarzysząca pozapłucna sprawa gruźlicza uległa wyleczeniu. Obserwacje powyższe były punktem wyjścia dla rozumowań i metod leczniczych wielu autorów, którzy przez wytworzenie sprawy ropnej usiłowali polepszyć stan płuc chorych na gruźlicę płuc. W tym celu stosowano podskórne wprowadzanie hodowli prątków gruźliczych typu bydlęcego (*Clemperer*), lub zabite prątki (*Maragliano*) lub wreszcie prątki przeprowadzone przez passaże na zwierzętach zimnokrwistych (*Moeller*). *Calmette* uważa słusznie metody te za zbyt ryzykowne.

Próby zapomocą stosowania ropnia terpentynowego nie dały wyników dodatnich, zdaniem wielu autorów, dlatego, że cały przebieg ropnia terpentynowego jest zbyt krótki w stosunku do cierpienia tak przewlekłego, jak gruźlica. *Latburaz* uwzględ-

niając powyższe tłumaczenie nacinał u chorych skórę i wprowadzał pod skórę zarazki napojone terpentyną, zmieniając co pewien czas ten bodziec utrzymywał ropienie tygodniami. Wyniki miały być zachęcające.

Badania na zwierzętach pozwalają wnosić, że istotnie ropień terpentynowy, „odciąga" leukocyty z głównego ogniska chorobowego, podobnie jak wspomniane pozapłucne sprawy ropne gruźlicze w gruźlicy płuc, lecz zbyt krótkie trwanie ropnia terpentynowego nie może skutecznie wpłynąć na przebieg gruźlicy płuc.

Ogólne uwagi o wartości metody Fochiera. (Considerations générales sur la valeur de la methode de Fochier). A. Pic i P. Delore. *Le Journ. de Méd. Lyon. 1930. Nr. 247.*

Założenie ropnia terpentynowego może przyczynić się do ustalenia rokowania. A mianowicie: 1) rokowanie jest złe, jeśli kilkakrotne wstrzykiwania terpentyny nie były w stanie wywołać ropnia, 2) Jeśli powstanie ropień w sposób szybki, obfity i umiejscowiony — rokowanie jest prawie napewno dobre, 3) Jeśli po kilku daremnych próbach w końcu udaje się wywołać ropień —wówczas złe rokowanie dotychczasowe polepsza się. Jeśli ropień powstaje typowo po pierwszem wstrzyknięciu terpentyny, lecz sprawa chorobowa pogarsza się, lub nie ulega zmianie — wówczas można podejrzywać tło gruźlicze, zwłaszcza gdy chodzi o odoskrzelikowe zapalenie płuc. Powyższe zapatrywania podzielają wszyscy badacze.

Sprzeczności w poglądach na ropień terpentynowy istnieją w odniesieniu do jego wartości leczniczej. Sprzeczności te wywołane są rozmaitemi czynnikami:

1) Niektórzy autorowie są przeciwnikami, mimo, że metody tej wogóle nie stosowali.

2) Drugą przyczyną są ujemne wyniki metody *Focbier'a*, a to z różnych przyczyn:

a) metoda została zastosowana zbyt późno, gdy stan chorych był wogóle beznadziejny. W odpowiedzi należy przytoczyć zdanie *Viriota*, że „ropień aseptyczny nie jest metodą leczniczą dla umierających," b) po nie przyjęciu się pierwszego wstrzyknięcia terpentyny, zaniedbano dalszych zastrzyków, c) błędy techniki leczenia. 3) niektórzy autorowie są przeciwnikami metody *Focbiera* dlatego, że brak jej jednolitego i pewnego uzasadnienia teoretycznego. W tym wypadku należy przytoczyć fakta, jak np. korzystne działanie ropnia aseptycznego w ręku wielu autorów.

W ocenie działania należy postępować bardzo indywidualnie dlatego zwłaszcza, że stosuje się omawianą metodę w przypadkach najcięższych.

Obok tej metody nietylko można, lecz należy stosować wszystkie znane i uznane inne sposoby leczenia (np. chemoterapia). Wreszcie autorowie występują przeciwko zastępowaniu oryginalnej metody *Focbiera*, stosowaniem wstrzykiwań ropy aseptycznej, uzyskanej z ropnia aseptycznego u koni, albowiem metoda *Focbiera* może byc porównana niejako z wakcynoterapją wobec drugiego postępowania, które jest jakgdyby seroterapją.

Opoterapja żołądkowa (metoda Castlégo) w leczeniu niedokrewności złośliwej. (Opothérapie gastrique (méthode de Castle) dans le traitement de l'anémie pernicieuse). J. Mouzon. *Presse méd. Nr. 50. 1930 r.*

Ogólne, entuzjastyczne przyjęcie metody *Whip ple'a* w leczeniu niedokrewności złośliwej nietylko nie stanęło na przeszkodzie, ale nawet pobudziło do dalszych doświadczeń nad leczeniem tego cierpienia. Szczególnie ciekawe badania, uwieńczone pomyślnym skutkiem przeprowadził *Castle.* Autor ten wyszedł z założenia, że korzystny wpływ metody na niedokrewność złośliwą, nie wyklucza zupełnie jakiejś roli żołądka w powstaniu tej choroby.

Jak wiadomo w niedokrewności złośliwej achylia żołądka należy do najbardziej stałych objawów. Np. *Lewine i Ladd* na 143 przypadki niedokrewności złośliwej tylko 3 razy nie znalazł achylji żołądka; *Wilkinson* na kilka serji przypadków tylko trzy razy nie stwierdził achylji. Jest też rzeczą znaną, że wstrzyknięcie histaminy nie pobudza śluzówki żołądka chorych na niedokrewność do wydzielania kwasu solnego.

Następnie dokładne i długie spostrzeganie poucza, że chorzy na achylję żołądka po wielu latach zapadają w końcu na typową niedokrewność złośliwą. Stwierdzono też, że w otoczeniu chorych na niedokrewność złośliwą znajduje się wyższy odsetek chorych na achylje żołądka, niż gdzieindziej.

Wiadomo, że achylja żołądkowa u chorych na niedokrewność złośliwą jest objawem stałym, która nie znika nawet po skutecznem leczeniu wątrobą.

Co cię tyczy roli achylji żołądka w powstawaniu niedokrewności złośliwej, wymienić można dwie hypotezy. Jedna z nich przyjmuję, że brak kwasu solnego w żołądku wpływa na powstanie i rozwój szczególnej flory bakteryjnej w przewodzie pokarmowym, co jest już bezpośrednią przyczyną powstania niedokrewności złośliwej. Druga hipoteza mówi o achylji, której istnienie stoi na przeszkodzie w wytwarzaniu czynnika pobudzającego narządy krwiotwórcze do czynności odtwórczej krwi. Czynnik ten ma się znajdować w jakiejś utajonej postaci w wątrobie ssaków. Ta druga hypoteza była też punktem wyjścia dla badań *Castle'go.*

Castle dawał spożywać człowiekowi zdrowemu 300 gr. mięsa wołowego a po 45—60 minutach wydobywał treść żołądkową, do której dodawał kwasu solnego (aż do ph 2,5—3,5) i wstawiał na 6—30 godzin do cieplarki. Po upływie tego czasu sączył treść przez płótno, zobojętniał ługiem sodowym (aż do Ph = 5.0) i treść tę wprowadzał zapomocą zgłębnika do żołądka chorego na niedokrewność złośliwą. Chory taki był na czczo 6 godzin, poczem znowu przez godzinę nie otrzymywał pokarmu, zresztą był żywiony djetą zwykłą (oczywiście bez wątroby).

Badanie to przeprowadzone na 10 chorych dało doskonałe wyniki, które nie różniły się w niczem od wyników uzyskanych zapomocą podawania wątroby. Dalsze badania przy użyciu surowego mięsa strawionego w cieplarce zapomocą treści żołądkowej ludzi zdrowych (treść uzyskiwano zapomocą zgłębnika po wstrzyknięciu histaminy) dały również bardzo zachęcające wyniki. Dalsze badania nad samem mięsem lub samym sokiem żołądkowym, nad pepsyną kupną, kwasem solnym, i t. d. pozwoliły

na stwierdzenie, że istnieje ciało przeciwanemiczne, wrażliwe na gorąco, które powstaje przy zetknięciu się mięsa z sokiem żołądkowym. Chory na achylję żołądka b. długotrwałą nie dostarcza ustrojowi tego ciała, pobudzającego narządy krwiotwórcze, gdyż chory ten nie trawi mięsa w sposób odpowiedni. Natomiast ustrój takiego chorego może korzystać z tego ciała istniejącego w postaci czynnej w wątrobie ssaków.

Jakkolwiek badania te i otrzymane wyniki są wysoce interesujące ze stanowiska fizjologji i teorji, to jednak praktycznego zastosowania nie mogą znaleść. Dlatego też prowadzono dalej powyższe badania, zwróciwszy się do badań nad żołądkiem świni, gdyż fizjologja żołądka świni najbardziej jest zbliżona do fizjologji żołądka ludzkiego.

W tym celu rozpoczęto podawanie ludziom, chorym na niedokrewność złośliwą, dokładnie posiekany, opłókany żołądek świni z dodatkiem soku pomarańczy, pomidorów i t. p. dla smaku. Korzystne wyniki doprowadziły do fabrycznego wytwarzania preparatów z żołądka świni w analogji do preparatów z wątroby i w ten sposób uzyskano nowy wytwór z żołądka świni o smaku znacznie lepszym, aniżeli wyciągi wątrobowe. Dodać należy, że nowy ten preparat otrzymać można znacznie tańszym kosztem, niż preparaty z wątroby.

Badania nad tym nowym środkiem nie są jeszcze zbyt liczne, ale bardzo zachęcające. Być zatem może, że to wzbogacenie skarbca leczniczego pozwoli na leczenie chorych, opornych wobec wątroby, pozwoli też na kombinowane leczenie i wzmożenie dawki czynnika pobudzającego czynność narządów krwiotwórczych.

Odczulenie „per os" metodą Besredki w anafilaksji pokarmowej. (De l'anaphy laxie alimentaire et de la désensibilisation „per os" par le procédè de Besredka). R. Jahiel. *Presse médicale. nr. 51. 1930.*

Autor przypomina, że w anafilaksji Besredka przeprowadza odczulenie wprowadzając podskórnie minimalne dawki ciała uczulającego na pewien czas przed właściwą dawką danego ciała. W anafilaksji pokarmowej można podawać choremu per os małe dawki na godzinę przed właściwem spożyciem pokarmu szkodliwego. Ponieważ bardzo często nie znamy szkodliwego pokarmu, wywołującego objawy anafilaksji (np. pokrzywka) przeto *Pagniez i Pasteur Vallery-Radot* radzą podawanie małej dawki peptonu na godzinę przed posiłkiem; chodzi tu odczulenie nieswoiste.

Autor niniejszej pracy przypomina, że doskonała metoda „peptonowa" niestety niezawsze daje pożądane wyniki, a wobec nieznajomości szkodliwego pokarmu lub wobec istnienia wielu szkodliwych pokarmów, leczenie jest bardzo trudne i żmudne zarówno dla chorego, jak i dla lekarza. Wobec tego autor zastosował w dwu przypadkach ciężkich objawów anafilaksji pokarmowej (pokrzywka i obrzęk *Quinckego*) trwających uporczywie — leczenie zapomocą „małego posiłku"; to znaczy podawał on chorym na godzinę przed właściwym posiłkiem (np. obiadem) „mały posiłek" składający się ze wszystkich rodzajów pokarmów, wchodzących w skład właściwego posiłku. Oczywiście przedtem już oznaczył rodzaj odżywiania na parę dni w sposób bardzo ścisły. Dawki „małego posiłku" były bardzo nieznaczne np. 5 ccm mleka, jaje w ilości 1 naparstka i t. p. Początkowo „mały posiłek" nie wstrzymuje całkowicie napadów anafilaksji, choć są one znacznie słabsze, po paru dniach jednak objawy anafilaktyczne zupełnie nie występują. Leczenie to należy przeprowadzać czas dłuższy zwolna rozszerzając djetę chorego, dodając oczywiście małe ilości nowych pokarmów do „małego posiłku". W ten sposób chorzy, którzy do czasu przeprowadzenia leczenia cierpieli prawie codzień na silne napady — mogli być należycie odżywieni i uwolnieni od cierpienia.

Z. Gorecki.

O kilku błędach w stosowaniu insuliny u chorych na cukrzycę. M. Labbé. (De quelques erreurs dans l'emploi de l'insuline chez les diabétiques). *Presse méd. nr. 73, 1930.*

Autor podkreśla, że insulina wpływa nietylko na przemianę węglowodanową, ale, w cięższych przypadkach cukrzycy, także na przemianę białka i tłuszczu. Wskazanie do stosowania insuliny odnoszą się przedewszystkiem do ciężkich postaci cukrzycy i śpiączki cukrzycowej; w przypadkach lekkich stosuje się insulinę wyjątkowo i to przez krótki przeciąg czasu. Wpływ insuliny zależy od wysokości dawki, stopnia ciężkości cukrzycy oraz sposobu odżywiania.

Autor zaznacza, że sposób stosowania insuliny jest jednogłośnie ustalony przez badaczy wszystkich krajów, a mimo to spotyka się nieraz z grubymi błędami w stosowaniu insuliny przez lekarzy - praktyków. Błędy te są rozmaite.

1. Niektórzy lekarze sądzą, że insulina leczy cukrzycę i przepisując ten lek, pozwalają chorym na dowolne stosowanie sposobu odżywiania. Ponieważ 1 jednostka insuliny pozwala na przyswojenie przez ustrój 1 gr. do 1,25 gr. węglowodanów, przeto oczywistem jest, że np. dawka nawet 60 jednostek dziennie nie wiele pomoże, gdy chory spożywa na dobę 200 lub 300 gr. węglowodanów. Podobnie bez większego skutku będą „kuracje" krótkoczasowe, lub sporadyczne podawanie insuliny. Należy też pamiętać, że nawet prawidłowe leczenie insuliną doprowadza jedynie do wzmożenia tolerancji na węglowodany, a nie do istotnego uleczenia cukrzycy.

2. Insulinę, w cięższych przypadkach, należy stosować stale; przerwanie dowozu insuliny wywołuje natychmiast lub w krótkim czasie wystąpienie ostrych objawów cukrzycy i śmierć. Stąd też, niektórzy lekarze i chorzy porównywają insulinę do morfiny, mówiąc o przyzwyczajeniu się do tego leku. Porównanie to jest błędne, gdyż insulina zastępuje tylko u cukrzycowych wydzielanie wewnętrzne trzustki; a chory umiera po zaprzestaniu stosowania insuliny nie z powodu przyzwyczajenia się do tego leku, ale dlatego, że jego trzustka jest niewydolna. Chory taki przy insulinie żyje w względnym zdrowiu tylko dzięki jej; bez niej musiałby umrzeć.

3. Obawa przed wstrząsem insulinowym z powodu hypoglykemji jest o tyle niesłuszna, że jest bardzo łatwo zapobiec objawom hypoglykemji przez podanie doustne cukru lub jakichś innych węglowodanów, a nawet w czasie samego, najsilniejszego nawet wstrząsu, można chorego doprowadzić do prawidłowego stanu w ciągu paru minut przez do-

żylne wprowadzenie rozstworu cukru. Autor nie widział dotychczas ani jednego przypadku śmierci z powodu hypoglykemji poinsulinowej. Z obawy tego wstrząsu, niektórzy lekarze podają równocześnie z insuliną znaczne ilości cukru. Wówczas zakwaszenie ustroju zmniejsza się wprawdzie, ale hyperglykemja i jej skutki (np. cukromocz) mogą nawet wzrosnąć, jeżeli ilość węglowodanów przekracza fizjologiczną zdolność dawki insuliny. Niesłusznie zatem mówią ci lekarze o „bankructwie" insuliny, gdyż jest to tylko „bankructwo ich wiedzy". Insulinę należy wstrzykiwać na kwadrans przed posiłkiem, zawierającym, mniej więcej, tyle gramów węglowodanów, wiele jednostek insuliny wprowadzamy.

4. Insulinę należy stosować tylko podskórnie, lub domięśniowo, a w nagłych przypadkach dożylnie. Inne sposoby wprowadzania insuliny nie dały pożądanych wyników. Autor szczegółowo wylicza te próby i dochodzi do wniosku, że wypuszczanie do handlu pastylek insuliny powinno być sądownie karane. Działanie insuliny trwa do 8 godzin, naogół jednak krócej. Próby stosowania insuliny w oliwie, zamiast w roztworze wodnym, by przedłużyć działanie tego leku nie dały pożądanego skutku, o czem autor przekonał się na podstawie własnych badań.

Ropne zapalenie opłucnej z płynem cuchnącym, wywołane przez pneumokokki. Długotrwałe i powtarzające się ropne zapalenie opłucnej na tle pneumokokków. (Pleurèsie purulente fètide à pneumocoques; pleurèsies purulentes à pneumocoques prolongêės et à reprises. Nobécourt. *Paris méd. nr. 26, 1930.*

Autor przytacza historję choroby dziewczynki 10 letniej, która przed 7 laty przeszła zapalenie płuc, a od 4 lat cierpi na ropne zapalenie opłucnej, powtarzające się, mniej więcej, co rok. W chwili przyjęcia t^0 — 37.8. Nakłucie wykazało obecność płynu ropnego, gęstego, zielonkawego o bardzo przykrej woni. Chorą poddano rezekcji żebra. Bakterjologiczne badanie płynu wykazało obecność pneumokokków.

Dieulafoy odróżnia 3 rodzaje płynów cuchnących: 1) płyny posocznicowe, 2) gnilne, 3) zgorzelinowe. Płyny posocznicowe są ropnymi; lecz różnią się od pozostałych brakiem ich cech, a mianowicie płyny gnilne wytwarzają gaz zarówno w jamie opłucnej (pneumo-pyo-thorax), jak i w hodowli, wywołany przez obecność drobnoustrojów, jak bacillus perfringens, b. ramosus, nebulosus, micrococcus foetidus; staphylococcus parvulus i inne. Wszystkie te drobnoustroje są beztlenowcami. Zapalenia opłucnej z płynem gnilnym przebiegają bez zgorzeli płuc lub opłucnej. Początek jest zazwyczaj ostry: dreszcze, gorączka, bardzo silny ból i kłucie w klatce piersiowej, kaszel i duszność. Oddech jest cuchnący, stan ogólny bardzo ciężki: żółtawa ziemista bladość skóry, skóra jest przytem sucha, język suchy, niekiedy wymioty, tętno słabo napięte, częste. Nad klatką piersiową stwierdza się objawy nagromadzenia się płynu i gazu. Rokowanie bardzo poważne, leczenie polega na zabiegu chirurgicznym. Płyn wydobyty jest, cuchnący gęsty, żółtawy lub brunatny, zawiera rozpadłe leukocyty i wiele drobnoustrojów. Podobny jest obraz, gdy mamy do czynienia z zapaleniem opłucnej z płynem zgorzelinowym. Wówczas płyn wydobyty posiada te same cechy, co płyn gnilny, a nadto zawiera strzępy tkanek, dotkniętych zgorzelą. Leczenie jak powyżej, a nadto zastosować należy surowicę przeciwzgorzelinową.

W końcu autor przytacza krótkie historje choroby, dotyczące dzieci, chorych na ropne zapalenie opłucnej na tle pneumokokków. Chodzi tu o podkreślenie, że zapalenia te mogą przeciągać się bardzo długo, gdyż lata całe, lub też może dojść do wyleczenia na czas jakiś, poczem zapalenie powraca znowu i to kilkakrotnie.

Leczenie tych przypadków może być bardzo ciężkie. Jeśli chodzi o zapalenia w dużej jamie opłucnej, wówczas zabieg operacyjny (resectio costae) daje niezłe wyniki; skoro jednak, co często ma miejsce, sprawa idzie głęboko w płucu, lub wśród licznych i zbitych zrostów, wówczas leczenie i rokowanie jest trudne i poważne. Nieraz bowiem niewiadomo, gdzie płyn się nagromadza i gdzie operować.

Rozpoznanie kamicy żółciowej bez powikłań. (Diagnostic de la lithiase vèsiculaire sans complications). M. Chiray i A. Lomon. *Paris mèdical nr. 26, 1930.*

Kamica żółciowa niepowikłana przebiega pod trzema postaciami: 1) postać żołądkowa, 2) kolka wątrobowa, 3) kamica żółciowa złośliwa, prowadząca do cholecystitis i pericholecystitis.

I. Postać żołądkowa kamicy żółciowej polega na odruchowych zmianach czynnościowych żołądka, wywołanych kamicą. Jest to sprawa chorobowa bardzo często występująca, a nieraz niewłaściwie rozpoznawana. Chorzy tacy skarżą się na wzdęcia brzucha, bolesne uczucie ciążenia w żołądku, zwłaszcza po jedzeniu, na odbijania. Badanie prom. Rentgena wykazuje żołądek atoniczny z okresowymi skurczami jego ścian i odźwiernika. Niekiedy stwierdza się periduodenitis. U innych chorych mogą występować napady ostrych bólów, z wymiotami. Badanie treści żołądkowej wykazuje bądźto nadmiar kwasu żołądka, bądź to ich niedobór a nawet brak.

Rozpoznanie jest trudne, gdyż objawy powyższe nieżytu żołądka w kamicy żółciowej nie różnią się od nieżytów żołądka, wywołanych nieodpowiedniem odżywieniem się, u alkoholików, we wrzodzie przewlekłym, z powodu periduodenitis, lub u wagotoników; lub też od nieżytów żołądka również odruchowego pochodzenia, lecz o odmiennym źródle, jak np. w cierpieniach jelit, w przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego, w perityphlitis, w przewlekłem zaparciu stolca, w cierpieniach nerek, narządów kobiecych i t. p. Dla ułatwienia rozpoznania autor przytacza następujące cechy postaci żołądkowej kamicy żółciowej:

1. Cierpienia omawianych chorych nie ulegają żadnym zmianom pod wpływem djety nawet bardzo ostrej, a nawet bywa, że pokarmy ciężko strawne raczej nie szkodzą.

2. Podobnie i leki uspakajające oraz podawanie zasad nie sprowadza ulgi w cierpieniach.

3. Dokładne badanie wykazuje trwałe, lecz bardzo nieznaczne żółtawe podbarwienie białek oczu, skóry brzucha, niektórych odcinków twarzy (koło ust, oczu).

4. Niektóre pokarmy są szczególnie szkodliwe, jak np.: tłuszcze, jaja, czekolada.

5. Bóle powstają lub wzmagają się po trzęsieniu, np. jazda po złych drogach.

6. Obmacywaniem stwierdzić można bolesność woreczka żółciowego, lub ogólną podżebrza prawego. Autorowie polecają badanie w pozycji siedzącej chorego, pochylonego ku przodowi, przy zwolnieniu napięcia mięśni brzucha podczas wdechu.

II. Kolka wątrobowa. Cechy tej postaci kamicy żółciowej są dostatecznie znane. Autorowie podkreślają jednak, że w podręcznikach wymienione są takie jednostki chorobowe, wchodzące w grę w rozpoznaniu różniczkowem, jakie w istocie rzeczy nie przypominają napadu kolki wątrobowej. Według autorów w rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy, wrzód żołądkowo-dwunastniczy, colitis muco-membranacea (przyczem w stolcu pojawiają się twory, uważane za kamienie lub piasek żółciowy, podczas gdy według badań autorów w przeważającej części chodzi tu o twory pochodzenia jelitowego, gdyż badanie chemiczne wykazuje w nich obecność wapnia a nie cholesteryny), zastój w jelitach (przyczem wątroba może być powiększona, wskutek działania jadów pokarmowego pochodzenia) wreszcie, choroby nerek (a zwłaszcza kolka nerkowa, wodonercze) i zapalenie wyrostka robaczkowego, wysoko położonego.

Podkreślić też należy, że nawet po stwierdzeniu napadu kolki wątrobowej, niewiadomo jeszcze, czy chodzi w danym przypadku o kamicę żółciową, gdyż substratum bólu w kolce wątrobowej jest skurcz, bardzo bolesny, woreczka żółciowego, co może być wywołane też zapaleniem woreczka, bez kamieni. Rozpoznanie ustala dopiero zgłębnikowanie dwunastnicy i cholecystografja.

III. Złośliwa postać kamicy żółciowej przejawia się stałym i silnym bólem w prawem podżebrzu, Chory nie znosi najmniejszego ucisku na tę okolicę ciała. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe są poważniejszej natury, gdyż często zapaleniu woreczka żółciowego, które wikła tę postać kamicy żółciowej, towarzyszy też zapalenie danego odcinka jelita z następowymi zrostami: (periduodenitis, perigastritis, pericolilis). Stan ogólny pogarsza się zarówno z powodu bólów, jak i ostrej djety; występuje wychudzenie i zaburzenia nerwowe. Badaniem fizykalnem stwierdza się ból okolicy wątroby i woreczka żółciowego, a nieraz opory w jamie brzusznej; które mogą być fałszywie tłomaczone.

Badania pomocnicze.

1. Badanie krwi wykazuje wzmożoną ilość cholesteryny. Należy jednak pamiętać, że niektóre inne stany chorobowe mogą wykazywać podobne zmiany, np. wagotonia. Obraz morfotyczny wykazuje zawsze leukocytozę neutrofilną. Nadto badać należy czas krwawienia i czas powstawania skrzepu, a to ze względu na możliwość krwotoków samorodnych oraz ze względu na ewentualny zabieg chirurgiczny.

2. Zgłębnikowanie dwunastnicy zapomocą zgłębnika *Einborna* oraz próba *Meltzer-Lyona* daje bardzo ważne wskazówki. Jak wiadomo, początkowo otrzymuje się przez zgłębnik jasną żółć A., po wstrzyknięciu 30 ccm 33% siarczanu magnezu otrzymujemy w warunkach prawidłowych ciemną żółć B, pochodzącą z woreczka, wreszcie po kilkunastu minutach wypływa bardzo jasna żółć C. — Otóż w przypadkach kamicy żółciowej woreczek żółciowy jest często wyłączony tj. bądźto wypełniony kamieniami, bądź też skurczony wskutek zmian w ścianach, a zwłaszcza jego szyja, wobec czego po wstrzyknięciu siarczanu magnezu nie otrzymujemy żółci B. Niekiedy (w $^1/_4$ przypadków) otrzymujemy jednak i w tych przypadkach żółć B (jeśli stan woreczka pozwala na nagromadzenie się żółci), lecz żółć ta, choć ciemna, zawiera znacznie mniejszą ilość cholesteryny oraz kwasów żółciowych, niżby ich zawierała w prawidłowym stanie.

3. Cholecystografja polega na prześwietleniu woreczka żółciowego promieniami Rentgena, po uprzedniem opróżnieniu woreczka żółciowego i podaniu choremu fenoltetrajodu. W tym celu autor podaje choremu śmietankę i jaja, co wywołuje opróżnienie woreczka żółciowego a potem podaje

fenoltetrajod, który wydziela się do żółci, a w woreczku żółciowym ulega zagęszczeniu. Jeżeli woreczek jest wyłączony (z powodu wypełnienia szczelnie kamieniami i t. p. — patrz wyżej) wówczas na zdjęciu może całkowicie nie wystąpić; w pewnym odsetku przypadków mimo to mogą wystąpić cienie kamieni. Jeśli zaś woreczek jest niewyłączony ($^1/_4$ przypadków), wówczas kamienie występują nieraz bardzo wyraźnie. Nadto prześwietlenie przewodu pokarmowego może nam nieraz dać pośrednie dowody kamicy żółciowej przez wystąpienie zniekształceń dwunastnicy i t. p.

Szczególnie cenne dane otrzymujemy wykonując oba badania. Nieraz spotyka się jednak niezgodność wyników np. woreczek żółciowy jest wyłączony dla fenoltetrajodu, a zapomocą zgłębnika otrzymujemy żółć B. Dzieje się to wowczas, gdy np. kamienie zamykają czasowo ujście woreczka żółciowego. W razie gdy zarysy i cień woreczka żółciowego przy cholecystografji są prawidłowe, a zgłębnikowanie wydobywa prawidłową żółć B, wówczas przypuszczalne rozpoznanie kamicy żółciowej upada a tłomaczenia objawów chorobowych szukać należy gdzieindziej.

O mechanizmie omdleń. Rola dopływu krwi do serca. (Du mècanisme de la syncope. Rôle de la circulation de retour). Ch. Laubry i A. Tzanck. *Soc. méd. des hopit. Nr. 21 1930.*

Monier-Vinard i *Desmarest* opisali niezwykły i długotrwały spadek ciśnienia krwi, obserwowany u chorego na nadciśnienie tętnicze w czasie nakłucia lędźwiowego, które wywołało omdlenie chorego. Autorowie ci odnoszą powyższy spadek do nagłego osłabienia serca, znacznego stopnia. *Laubry i Tzanck* nieraz spostrzegali to samo w czasie omdlenia, sądzą oni jednak, że przeciwnie chodzi o co innego, aniżeli o nagłe i znaczne osłabienie serca (czyto pochodzenia mięśniowego, czyteż nerwów serca, zaburzeń w gruczołach o dokrewnem wydzielaniu, lub w układzie autonomicznym serca).

Omdlenie jest bezwątpienia wywołane niedostatecznem wypełnieniem naczyń tętniczych lub nawet brakiem w nich krwi i niedokrwieniem mózgu. Przyczyną jednak powyższego stanu jest nie tyle osłabienie serca, ale niedostateczny dopływ krwi do serca, które wówczas kurczy się naprożno, nie mając krwi, któraby mogła wypełnić układ tętniczy.

Autorowie nakłuwali serce w przypadkach omdleń, przyczem przekonali się, że istotnie krew nie wypływa z igły, mimo dostatecznych skurczów serca. Natomiast wstrzyknięcie płynu fizjologicznego do jam serca wykazywało, że serce się kurczy silnie, gdyż wówczas płyn gwałtownie wytryskiwał przez igłę. W innych doświadczeniach autorowie skrwawiali psy, wypuszczając średnie dawki krwi 100 ccm. i wprowadzając na ich miejsce te same dawki płynu fizjologicznego. W doświadczeniach tych badanie krwi wykazywało stopniowy spadek liczby krwinek czerwonych. Skoro spadek ten osiągnął liczbę 1.500,000 na 1 mm^3, wówczas dalszy upust krwi dawał niższe liczby krwinek na dowód, że krążenie ustało, a upusty krwi i wpuszczanie płynu dawały tylko mięszaninę krwi z płynem, będącym w naczyniach krwionośnych, lecz bez ruchu. Krew zatem nie krążyła, lecz zalegała. Serce mimo to pracowało, a śmierć zwierzęcia nastąpiła dopiero parę minut potem. I tu zatem spadek ciśnienia i ustanie krążenia wywołane było niedostatecznym dopływem krwi do serca, a może nawet brakiem tego dopływu.

Zmiany w obrazie morfotycznym krwi pod wpływem jadów i leków. Wpływ układu wegetatywnego na regulację krwi. (Variations de la formule leucocytaire par actions toxiques et medicamenteuses. Influence du système nerveux végétatif sur la regulation sanguinè). J. Tinel i J. Henrion. *Soc méd. hôpit. Nr. 22. 1930.*

Autorowie przypominają, że jeden z nich (*Tinel*) w Santenoise badał przed laty krew pod wpływem bólu, gniewu, emocji, ucisku na gałki oczne i t. p. Wyniki tych badań wskazywały, że pod wpływem wymienionych czynników spadała znacznie liczba ciałek białych, przyczem obniżał się odsetek leukocytów wielojądrzastych, a wzrastał odsetek limfocytów. Obraz ten przypominał zatem wstrząs hemoklastyczny, opisany przez *Widala*. Dalsze badania wykazały, że zmiany powyższe były tylko we krwi z naczyń włosowatych, gdyż krew żylna (z żyły łokciowej) zmian tych nie wykazywała. Chodziło tam zatem o odczyny naczyniowe a nie reakcji krwi.

Zmiany w obrazie krwi, będące tematem niniejszej pracy są istotnie zmianami krwi, a nie odczynem naczyń. Autorowie stwierdzili leukopenję, monocytozę, i lekką eozynofilję we krwi u osobników chorych i zdrowych, którzy oddawali się nałogowi palenia tytoniu. Dalsze badania wykazywały, że podobne zmiany we krwi wywołuje też przyjmowanie gardenalu.

Porównawcze badania nad wpływem adrenaliny, skopolaminy, atropiny, pilokarpiny, ergotaminy, wykazały również zmiany w obrazie krwi, przyczem zmiany te były różne zależnie od stosowanego środka. Ponieważ badania ostatnie dotyczą drażnienia lub porażenia nerwu błędnego lub współczulnego, a nikotyna i gardenal wpływają również na układ wegetatywny, przeto nie ulega kwestji, że środki drażniące nerw błędny wywołują zmiany istotne krwi, polegające na leukopenji, monocytozie i lekkiej eozynofilji, podczas gdy drażnienie nerwu współczulnego wywołuje zmiany, przeciwne do wyżej opisanych. Należy tu zaznaczyć, że używanie morfiny i heroiny nie wywołuje zmian w obrazie krwi także i u narkomanów.

Pięć przypadków guzów mózgu operowanych z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Cinq cas de tumeurs cerèbrales, opérés pour l'appendicite). J. Haguenau. *Soc. méd. hopit. Nr. 24, 1930.*

Autor podaje krótkie historje choroby pięciu chorych, którzy z powodu nagłych wymiotów byli poddani operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. Szósty przypadek, analogiczny do poprzednich, był już przeniesiony na oddział chirurgiczny celem operacji, gdy badanie autora wraz z *Sicardem* wykazało omyłkę rozpoznawczą. We wszystkich tych

przypadkach chodziło o guzy mózgu. Autor badał tylko ostatniego chorego przed operacją.

Autor zadaje sobie trzy pytania: 1) czy rodzaj wymiotów wskazywał dostatecznie na naturę cierpienia (guzy mózgu)? 2) Czy objawy towarzyszące wymiotom, były wyraźnie zaznaczone? 3) Czy wczesne wymioty są charakterystyczne dla pewnego rodzaju guzów mózgu?

Co do pierwszego pytania autor odpowiada, że wymioty te nie były typowe, lecz zawsze występowały w zależności od ruchów chorego, Co do pytania drugiego, autor odpowiada, że u szóstego chorego brak było objawów brzusznych, a napinanie mięśni brzucha występowało tylko podczas wymiotów. U trzech innych, według wymiotów sądząc, na sprawę mózgową wskazywały silne bóle głowy. Co się tyczy trzeciego pytania, autor odpowiada, że niema wprawdzie zależności między rodzajem guza mózgu a wczesnemi wymiotami, ale wymioty wczesne zdają się występować wobec szczególnego umiejscowienia się guza.

Albowiem na 5 przypadków 3 były operowane: w dwu przypadkach chodziło o guz móżdżka, względnie o guz dookoła wodociągu *Sylwiusza*, w trzecim przypadku chodziło o liczne hydatidy mózgu.

Autor sądzi zatem, że o ile wymioty wystąpią przed innymi objawami guza mózgu, wówczas te wczesne wymioty zdają się wskazywać na umiejscowienie guza w linji środkowej.

Ciśnienie tętnicze w gruźlicy płuc. (Etude des tensions artèrielles chez les tuberculeux pulmonaires dans leur rapport avec l'activité des lèsions). E. Leuret i J. Caussimon. *Revue de med. Nr. 7, 1930.*

Autorowie oznaczali po wiele razy ciśnienie tętnicze u kobiet chorych na gruźlicę płuc i dochodzą do wniosku, że wbrew klasycznym danym, u chorych gruźliczych nie zawsze spotyka się obniżone ciśnienie krwi. U chorych takich spotyka się rozmaite ciśnienia krwi bez żadnej zależności od stopnia schorzenia i od postaci gruźlicy. Natomiast badając ciśnienie krwi (skurczowe i rozkurczowe) oraz wskaźnik oscylometryczny (przyrządem Pachona) u tego samego chorego w ciągu choroby można niekiedy obserwować, jak w czasie wystąpienia nawrotu choroby lub pogorszenia wzrasta ciśnienie skurczowe, zwiększa się wskaźnik oscylometryczny i zwiększa się stosunek $\frac{mx}{mn}$ (mx=ciśnienie skurczowe, mn = ciśnienie rozkurczowe). Gdy odporność ustroju słabnie i choroba dalej się rozwija, wówczas ciśnienie skurczowe spada, zmniejsza się wskaźnik oscylometryczny a stosunek $\frac{mx}{mn}$ zbliża się do jedności.

Śmierć nagła u alkoholików z krwiotocznem zapaleniem trzustki. (Mort subite chez des ethyliques avec pancreatite hemorrhagique). E Aron i A. Jacob. *Soc. med. des hopit. Nr. 25, 1930.*

Autorowie opisują następujący przypadek: w nocy przywożą chorego lat 59 z powodu duszności z objawami zatrucia alkoholem i charakterystyczną zoopsją. Badanie fizykalne wykazuje jedynie przekrwienie u podstawy płuc. W nocy chory nagle umiera, mimo, że stan jego przed śmiercią nie przedstawiał żadnych podstaw do obaw o życie. Badanie pośmiertne wykazało przekrwienie podstawy płuc i ogromny krwiak trzustki, zwłaszcza jej ogona, przy nietkniętej torebce gruczołu. Zresztą nie wykazano żadnych zmian, w szczególności w narządzie krążenia.

Autorowie przeglądnęli protokuły sekcyjne Instytutu anatomji patologicznej Strassburga, gdzie znaleźli jeszcze cztery analogiczne sekcje w latach 1928 i 1929. Udało się też zebrać szczegóły kliniczne tych czterech przypadków, przyczem okazało się, że we wszystkich przypadkach nastąpiła nagła śmierć u zatrutych alkoholem, a na sekcji we wszystkich przypadkach stwierdzono ostry krwotok trzustki. Tylko w jednym przypadku obok powyższej zmiany stwierdzono też zapalenie mięśnia sercowego. Rzecz charakterystyczna, że przed śmiercią ani jeden z chorych nie doznawał i nie skarżył się na bóle w jamie brzusznej. Badanie drobnowidowe wykazało w przypadku autorów zmiany w interstitium, jako pierwotne, zmiany miąższowe są jedynie skutkiem tamtych zmian. W odnośnem piśmiennictwie dają się znaleźć liczne wzmianki o szczególnej wrażliwości trzustki na rozmaite jady a w szczególności na alkohol. Z powyższemi zmianami należy się liczyć w razie nagłej śmierci alkoholików.

Ostry obrzęk płuc natury nerwowej. (L'oedème aigu du poumon de cause neurotonique). Ed. Doumer. *Soc. med. des hopit. Nr. 25, 1930.*

Autor podaje następującą historję choroby:

Chora lat 58, która bez dolegliwości przeszła climacterium, cierpiała przed 3 laty na neuralgiczne i gośćcowe bóle w kończynach i w klatce piersiowej. Gdy dolegliwości te ustąpiły, pojawiło się coraz znaczniejsze osłabienie, schudnięcie, skłonność do zmian usposobienia i t. p. Później wystąpiły bicia serca w postaci napadowej, przed paru miesiącami dołączyły się jeszcze gwałtowne poty, a od paru tygodni chora skarży się na gwałtowną duszność w nocy, około 12 lub 3-ciej godziny. W dzień chora nie odczuwa żadnej duszności, nawet po małych wysiłkach. Autor widział chorą podczas takiego napadu duszności i chora odpluła szklankę pienistej, wodnistej plwociny, różowo zabarwionej, zawierającej 1.4% białka. Przysłuchem stwierdzono objawy obrzęku płuc. Na drugi dzień nie można było stwierdzić żadnych zmian nad płucami. Tony serca prawidłowe, tętno również, ciśnienie krwi 150/85 mm Hg. Rentgenologicznie wielkość serca i aorty prawidłowa, płuca bez zmian. Mocz bez zmian. We krwi ujemny, mocznik 0,31%. Podawanie ouabainy ($1^1/_2$ mlgr. dziennie) bez skutku, natomiast podawanie trae belladonnae 5 kropel po obiedzie a 10 kropli wieczorem usunęło zupełnie duszność w nocy i inne objawy obrzęku płuc. Po pewnym czasie belladonna przestała działać tak skutecznie, wobec czego chorej przepisano wyciąg z tarczycy w dawce 0,15 gr. dziennie przez 8—10 dni poczem przerwa 3 tygodniowa. Od tego czasu (6 miesięcy) chora na nic się nie skarży, poty również zginęły zupełnie,

Autor podnosi, że w piśmiennictwie liczne są wzmianki o odruchowo-nerwowem pochodzeniu obrzęku płuc, wywołanego zmianami naczynioruchowemi w płucach. Np. spostrzegano obrzęk płuc zaraz po nakłuciu opłucnej, lub po nakłuciu jamy

brzusznej, jeszcze przed wypuszczeniem płynu. W przypadku autora nie było jednak tego rodzaju, choć pośredniej przyczyny. Dobry skutek otrzymany po podawaniu belladonny, wskazuje, że przyczyną obrzęku płuc było wzmożone napięcie nerwu błędnego; natomiast znawca układu wegetatywnego Laiguel Laoastino przypisuje powstanie obrzęku płuc raczej podrażnieniu zakończeń nerwu współczulnego. Badania doświadczalne wykazują, że wstrzyknięcie adrenaliny (a więc podrażnienie nerwu współczulnego) wywołać może obrzęk płuc, w tych doświadczeniach jednak gra też rolę serce, nie podobna przeto z tych danych wyprowadzać bezpośrednich wniosków o patogenezie obrzęku płuc, gdyż być może, że przyczyna tego objawu idzie od serca do płuc drogami nerwowymi. Autor przypomina też, że właśnie podrażnienie nerwu błędnego wywołuje rozszerzenie się naczyń krwionośnych w płucu i przesiąkanie płynu, podczas gdy podrażnienie zakończeń n. współczulnego wywołuje zwężenie się naczyń.

W klinice spostrzega się najczęściej obrzęk płuc, jako wyraz osłabienia lewej komory serca, co wywołuje zastój krwi w krążeniu małem tj. w płucach. Obrzęk taki widujemy osobliwie w przypadkach zmian chorobowych tętnicy głównej i w nadciśnieniu tętniczem. Autor podnosi, że ten mechanizm powstawania obrzęku płuc ma słabe strony, gdyż największy zastój płucny spotykamy w zmianach ujścia żylnego lewego, a obrzęk płuc w tych wadach serca występuje rzadziej w porównaniu z tamtymi chorymi. Dlatego autor sądzi, że nie mechaniczna przyczyna (zastój krwi) wywołuje obrzęk płuc, ale że chodzi i tu raczej o sprawę odruchową.

Autor mniema też, że ważne jest podłoże neurotoniczne ustroju chorego na wadę aorty i że to podłoże nie mało sprzyja powstaniu obrzęku płuc drogą odruchu.

Dobry skutek stosowania belladonny w obrzęku płuc skłonił autora do spróbowania tego leku także w przypadkach zmian aortalnych. W kilku przypadkach skutek był nieszczególny, w innych jednak przypadkach, w których ouabaina, dożylnie wprowadzona, dawała tylko przejściową poprawę, tra belladonnae w dawkach 15 — 20 kropel dziennie pomagała na czas dłuższy. Niestety obserwacje te są jeszcze bardzo nieliczne, na przyszłość autor zamyśla stosowac atropinę podskórnie.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Badania doświadczalne nad wpływem przecięcia rdzenia na zachowanie się ciśnienia tętniczego. (Etude expérimentale de l'influence de la section de la moelle sur la pression artérielle). R. Leriche i Fontaine. *La Presse Med. Nr. 74, wrzesień 1930.*

Jak wiadomo z fizjologji, przecięcie rdzenia na wysokości D VII powoduje porażenne rozszerzenie naczyń kończyn dolnych, takież przecięcie na poziomie D III — porażenie naczyń wszystkich czterech kończyn, wreszcie przecięcie rdzenia powyżej C VII — ogólne porażenie naczyń, któremu zawsze towarzyszy znaczne obniżenie ciśnienia krwi tętniczej. To obniżenie ciśnienia krwi z czasem wyrównuje się w miarę objęcia czynności wyższych ośrodków naczyniowych, opuszkowych. przez niżej położone, rdzeniowe i pozardzeniowe.

Doświadczenia autorów polegały na przecięciu u psów, w uśpieniu morfinowo-somnifenowem, rdzenia kręgowego między D X i D 11, wykonanem ściśle według wymagań techniki operacyjnej. Zoperowano w ten sposób 10 psów. W czasie samego zabiegu i następnie przez 4 godziny potem notowano stale ciśnienie krwi na tętnicy szyjnej zapomocą manometru *Franka*. W wyniku tylko u dwu psów stwierdzono obniżenie ciśnienia krwi, u pozostałych ciśnienie to pozostało bez zmiany.

Z doświadczeń tych autor wyciąga następujące wnioski.

Rola ośrodka naczyniowego opuszkowego nie jest bynajmniej tak duża, jak na to patrzano dotychczas, zachowanie ośrodków rdzeniowych wystarcza w zupełności do regulowania ciśuienia tętniczego i światła poszczególnych tętnic (gry naczyniowej). Dlatego też ciśnienie u 8 psów po przecięciu rdzenia nie uległo zmianie. Co zaś do pozostałych dwu psów, to tu spadek ciśnienia autorowie uzależniają wyłącznie od większej utraty przez nie krwi, która miała miejsce w czasie operacji wskutek uszkodzenia splotów żylnych.

Wogóle w powstawaniu wstrząsu pooperacyjnego i pourazowego gra dużą rolę mniejsza lub większa utrata krwi, która nagle sprowadza zaburzenie równowagi naczynioruchowej, powodując przez to spadek ciśnienia krwi, przyczem wywołana przez tę utratę krwi niedokrwistość sama gra tutaj rolę znacznie mniejszą.

I dlatego też w czasie operacji należy zawsze do minimum redukować wszelką utratę krwi, gdyż ona jest właśnie tym czynnikiem, od którego najbardziej zależy powstanie i nasilenie wstrząsu pooperacyjnego.

Szczepienia ochronne przed operacjami na żołądku. (La vaccination pré-opératoire en chirurgie gastrique). Murard. *La Presse Med. Nr. 76, wrzesień 1930.*

Szczepienia te mają na celu ustrzeżenie chorego przed powikłaniem okresu pooperacyjnego—po operacjach w górnej połowie brzucha, zwłaszcza na żołądku — schorzeniem płuc. Przebiega ono w dużej liczbie przypadków pod postacią anatomo-patologiczną tak zwanej pooperacyjnej, mniej lub więcej ograniczonej niedodmy płucnej, powstałej na drodze zatkania światła oskrzela czopem śluzowym lub zaburzeń ruchowych ze strony mięśniówki oskrzeli. Tylko w niektórych przypadkach przychodzi do powstania rzeczywistego ogniska zapalnego w płucach na drodze zatoru zakażonego. Jedynie u tych ostatnich chorych można liczyć na wyniki dodatnie przedoperacyjnego szczepienia ochronnego.

Szczepienie takie musi odpowiadać zasadniczemu warunkowi wszelkich szczepień ochronnych to jest — być swoistem. I tutaj natykamy się na słabą stronę owej metody leczniczej, polegającą na trudności przygotowania odpowiedniej szczepionki, gdyż szczepionka taka powinna zawierać wszelkie drobnoustroje, które mogą być przeniesione do płuc wraz z zatorami w okresie pooperacyjnym. Technicznie jest to bardzo trudne do przeprowadzenia, chociażby dlatego, że niepodobieństwem jest wyosobnić wszystkie mo-

gące tutaj grać rolę (pochodzenia żołądkowego) gatunki drobnoustrojów.

Jak wykazały odnośne badania (próbne szczepienia doskórne), tylko 15% wszystkich chorych wykazuje wrażliwość na tego rodzaju zakażenie i właściwie tylko ci chorzy wymagają przedoperacyjnych szczepień ochronnych.

Autor zastosował te szczepienia u 79 chorychł poddanych następnie operacji na żołądku. Używa, wielowartościowej szczepionki J. O. D. (dwoinki zapalenia płuc, łańcuszkowce, gronkowce, bac. tetragenes i micrococcus catarrhalis), na 3 dni przed operacją wstrzykiwał 1 cm^3, w przeddzień operacji 1,5 cm^3 i tyleż nazajutrz po operacji.

Otrzymał następujące wyniki: powikłania płucne wystąpiły u 11 chorych (14%) i u dwu z nich doprowadziły do zejścia śmiertelnego. A ponieważ wogóle częstość występowania pooperacyjnych powikłań płucnych u chorych nieszczepionych wynosi 15%, więc wynik szczepień, przeprowadzonych przez autora, należy ocenić jako całkowicie ujemny.

Zaburzenia w trawieniu w przebiegu sztucznej odmy opłucnowej. (Les troubles digestifs au cours du pneumothorax artificiel). Bonafę i Mollard. *La Presse Méd, Nr. 76, wrzesień 1930.*

Są to zaburzenia o charakterze ogólnym lub miejscowym.

Zaburzenia miejscowe dotyczą żołądka (najczęstsze — 7% wszystkich przypadków) kiszek i wątroby.

Objawy ze strony żołądka polegają na uczuciu pełności po zjedzeniu nawet niewielkiej ilości pokarmów; odbijaniach, mdłościach i wymiotach. Mechanizm powstawania tych objawów jest niejasny. Pewne znaczenie ma tutaj ucisk obniżonej połowy przepony na żołądek; poza tem, w pewnych przypadkach zaburzenia te powstają na drodze odruchowej, z punktem wyjścia odruchu w uciśniętem płucu.

Objawy kiszkowe polegają na przejściowych biegunkach o charakterze nieswoistym, jakkolwiek w niektórych przypadkach objaw ten jest następstwem szybszego rozwoju w kiszkach procesu gruźliczego.

Ze strony wątroby sztuczna odma piersiowa może wywołać bóle o charakterze kolki żółciowej. Zwykle chodzi tu o osobników z chorym pęcherzem żółciowym, u których obniżenie przepony i wątroby powoduje napinanie się zrostów otrzewnowych dookoła pęcherza.

Zaburzenia ogólne polegają na zupełnej utracie łaknienia i następowem wychudzeniu, ich mechanizm jest zupełnie ciemny, być może grają tu rolę pewne zmiany w chemiźmie spalania w ustroju.

Wszystkie powyższe zaburzenia mają charakter przejściowy i są naogół natury dobrotliwej.

Mechanizm powstawania żółtaczki w przebiegu zatkania przewodu żółciowego wspólnego. (Le mécanisme de l'ictère dans l'obstruction du choledoque). Garnier i Prieur. *La Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1930.*

Sądzono dotychczas ogólnie, że żółć, która na drodze swego odpływu do dwunastnicy natrafia na przeszkodę mechaniczną nie do przezwyciężenia, przechodzi tem samem do krwiobiegu i wywołuje żółtaczkę. Tak jednak nie jest; zagadnienie to nie przedstawia się bynajmniej tak prosto. Niejednokrotne spostrzeżenia kliniczne wykazały, że zupełna nawet niedrożność przewodu żółciowego wspólnego w pewnej liczbie przypadków nie pociągnęła za sobą żółtaczki.

Cały szereg autorów wykonał w ostatnich latach odnośne doświadczenia na zwierzętach. I otóż okazało się, że podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego wywołuje jedynie zagęszczenie bilirubiny we krwi (i to, zdaje się przejściowe), które samo przez się nie jest jeszcze w stanie spowodować żółtaczkę. Potrzebny jest tutaj czynnik dodatkowy, a mianowicie: miejscowe zakażenie lub zatrucie. Czynnik ten jednocześnie podtrzymuje wydzielanie żółci przez wątrobę, które to wydzielanie w przypadkach niedrożności przewodu wspólnego czystych, niepowikłanych zostaje prawie automatycznie zahamowane (analogicznie do wodonercza w przebiegu zatkania moczowodu); to zahamowanie wydzielania w związku z zatkaniem przewodu wyprowadzającego dotyczy nie tylko wątroby, ale całego szeregu innych gruczołów. Innemi słowy, nie w każdym przypadku niedrożności przewodu żółciowego wspólnego wystąpi żółtaczka, gdyż potrzeba do tego jeszcze czynnika zakaźnego lub toksycznego, przyczem nie chodzi tutaj zasadniczo o zapalenie samych przewodów żółciowych (angiocholitis infectiosa), a poprostu o działanie swoiście żółciopędne pewnych gatunków drobnoustrojów — w znaczeniu pobudzania wątroby do wydzielania żółci.

Pewną rolę gra tutaj i pęcherz żółciowy, który ma własność stężania żółci i magazynowania jej pod tą postacią, a z drugiej strony — wywiera w pewnych przypadkach wpływ hamujący na jej wydzielanie, U zwierząt, pozbawionych pęcherza żółciowego, żółtaczka występowała znacznie łatwiej i szybciej.

Wtórny rak otrzewnej. (Le cancer secondaire du péritoine). Cottolorda i Caire. *Lyon Chirurg XXVII — Nr. 4, lipiec — sierpień 1930.*

Wtórny rak otrzewnej rozwija się zwykle między 40 a 50 rokiem życia, częściej u kobiet niż u mężczyzn; swoje ognisko pierwotne ma najczęściej w jajnikach lub żołądku, jakkolwiek zdarza się rozsianie raka na otrzewnej i z punktem wyjścia w gardle.

Żmiany anatomo-patologiczne polegają zasadniczo na obecności: puchliny brzusznej (ascites), rozsianych ziarnistości i guzów. Płyn bywa zwykle wolny, z dużą domieszką krwi. składniki postaciowe raka rzadko udaje się w nim wykryć. Spotkane na otrzewnej małej miednicy, pętli cienkich i sieci ziarenka rakowe są od wielkości prosa do soczewicy, barwy szarawej, różne zupełnie od gruzełków swoistych, jednakże przypominają czasami łudząco te twory ziarninowe, które zjawiają się na otrzewnej przy obecności w niej mikroskopowych ciał obcych. Owe ziarnistości rakowe zlewają się zczasem, tworząc duże guzy szarawe lub żółtawe, kruche bardzo, umiejscowione najczęściej w małej miednicy i ponad nią, wywołujące wtórnie ucisk na kiszki, żyłę wrotną i główną dolną (v. cava inf.), i w późnym okresie przekształcające wszystkie kiszki w jeden konglomerat, jedną masę.

W obrazie klinicznym ognisko pierwotne nie daje często prawie żadnych objawów, choroba pozornie zaczyna się odrazu rozsianiem się raka po otrzewnej — przyczem objawy kliniczne z początku bywają bardzo nikłe i niecharakterystyczne. Typowemi objawami (późnemi) są: puchlina brzuszna, obecność guzów, niedrożność jelitowa.

Dla puchliny charakterystycznem jest szybkie zbieranie się płynu po jego wypuszczeniu. Guzy są umiejscowione zwykle w podbrzuszu, na talerzach biodrowych, znacznie rzadziej — w podżebrzach, zlewają się ze sobą w jedną twardą masą bolesną przy ucisku i niewyraźnie odgraniczoną.

Objawy niedrożności jelitowej przypominają takież w przebiegu zwykłej ostrej niedrożności jelita cienkiego. z tą różnicą, że utrzymują się przez czas długi i nie sprowadzają znaczniejszego zaburzenia w stanie ogólnym.

Co do przebiegu klinicznego rozróżniamy: postać ostrą (carcinosis miliaris), przewlekłą i nawrotową (z remisjami). Co do umiejscowienia — postać ponadpępkową, miedniczną, sieciową i uogólnioną. Widuje się również w pewnej liczbie przypadków, zresztą wcale nierzadkich, przejście raka na opłucną.

Leczenie. W olbrzymiej większości przypadków przejście raka na otrzewną uniemożliwia tem samem zastosowanie leczenia operacyjnego, jakkolwiek zawsze należy próbować, w celach wywiadowczych, otwarcia brzucha. Niestety, w dużej liczbie przypadków nawet takie wywiadowcze otwarcie brzucha sprowadza szybkie i znaczne pogorszenie w stanie chorych. Naświetlanie brzucha radem lub też promieniami Roentgena również pozostaje tu bez wyniku. Choroba zwykle w ciągu kilku miesięcy doprowadza do nieuchronnego zejścia śmiertelnego.

Stosowanie dożylne bakterjofaga w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego. (Le bactériophage intraveineux dans l'ostéomyélite aigue). Tavernier *Lyon Chirurg. XXVII — Nr, 4, lipiec—sierpień 1930.*

Pomyślne wyniki dożylnego stosowania bakterjofaga w przebiegu ogólnego zakażenia gronkowcowego spowodowały autora do wypróbowania tego środka w przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego kości długich. Wstrzykiwał dożylnie 2,5 cm³ bakterjofaga przeciwgronkowcowego u dzieci kilkoletnich, specjalnie przygotowanego do dożylnego użytku, rozcieńczonego przed wstrzyknięciem 20 cm³ roztworu fizjologicznego. Wystarcza jedna dawka. Wstrzykiwać należy bardzo wolno. Wyniki otrzymywał bardzo dobre, wstrząsu ani żadnego innego ubocznego szkodliwego działania nie spostrzegał. Objawy ogólnego zakażenia znikały zupełnie po 2 — 3 dniach, zaś objawy miejscowe — conajmniej przycichały, Tylko w jednym przypadku leczenie to pozostało bez skutku, prawdopodobnie albo naskutek niewrażliwości danych drobnoustrojów na działanie bakterjofaga, albo też — obecności we krwi chorego danego antibakterjofaga.

W późnych okresach zapalenia szpiku kostnego autor próbował stosować bakterjofaga miejscowo — wstrzykiwał do jamy ropni przykostnych, zwilżał nim sączki gazowe, wprowadzane do rany pooperacyjnych — jednak wyraźnej poprawy po tem nie spostrzegał.

Odruchowy bezmocz i wyniki jego leczenia. (Anurie réflexe. Double decapsulation sans rèsultat. Nèphrotomie droite. Guèrison). Gayet i Kocher. *Lyon Chirurg. XXVII-4, lipiec — sierpień 1930.*

Bezmocz w następstwie cewnikowania moczowodu widuje się dosyć często, ale zwykle zaraz po wyjęciu cewnika lub w parę godzin po tem mocz zaczyna się wydzielać prawidłowo. Dużą rolę gra tutaj pobudliwość układu nerwowego i chwilowy stan psychiki chorego (obawa), co jest zresztą zupełnie zrozumiałe ze względu na charakter odruchowy tego bezmoczu,

Podobnie, jak zgłębnikowanie moczowodów, mogą wywołać bezmocz wszelkie inne urazy, spotykające układ moczowy na całej jego długości, np. wstrzykiwanie roztworu lapisu do tylnej cewki, rozszerzanie cewki moczowej, podwiązanie jednego z moczowodów lub obecność w nim kamienia. W jednym przypadku zupełnego bezmoczu w następstwie rozszerzania zwężonej w jednem miejscu cewki moczowej, który utrzymywał się w przeciągu pięciu dni, chory zmarł pomimo wykonania operacji nacięcia nerki.

Leczenie farmakologiczne bezmoczu odruchowego zwykle pozostaje bez wyniku. Uciec się wówczas trzeba do zabiegu operacyjnego. Operacją z wyboru jest odłuszczenie torebki nerkowej (decapsulatio), które naogół daje tutaj wyniki bardzo dobre. W jednym przypadku bezmoczu odruchowe-

KOFEINA I PRZEWÓD POKARMOWY.

Sądzimy, iż zestawienie w niniejszem i następnych ogłoszeniach opinji naukowych dotyczących powyższego tematu, powinno wzbudzić powszechne zainteresowanie.

NORMAND, J.: Grundriss der diätetischen Therapie innerer Krankheiten.

Kawa zawierająca kofeinę jest zabroniona przy: nadkwaskowatości, notorycznej niedostateczności, wrzodach żołądka. — dyspepsjach przyspieszonych i leniwych, zatwardzeniu, chorobach serca i naczyń, plomerulonephrycie, podagrze, otłuszczeniu, wychudzeniu i diabecie. Przy poszczególnych wymienionych wyżej chorobach dozwolone jest użycie kawy wolnej od kofeiny, częściowo słodzonej sacharyną.

OSBORNE: Journal of the American Medical Associaton.

Stałe nadmierne użycie kawy powoduje bezsenność, drżenie, palpitację, szum w uszach, gastralgję i szczuplenie.

ROCH: Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte.

Bardzo często niedożywienie jest wynikiem anoreksji, spowodowanej nad miernem piciem herbaty lub kawy.

ROCH: Journal of the American Medical Associaton.

Niekiedy chroniczne zatrucie kawą stwarza pozory nowotworu żołądkowego (carcinoma) neurastenji lub choroby Basedowa.

BARDET: Société de Therapeut.

Po wypiciu przez nerwowego dyspeptyka przez omyłkę filiżanki zwykłe kawy ziarnistej zamiast kawy bez kofeiny, wystąpiły groźne objawy, trwające trzy dni. Nerwowi dyspeptycy powinni bezwzględnie pijać tylko wolną od kofeiny kawę.

BARDIER: E. F. LECLERE i A. STILLMUNKES: Comptes rendus hebdom. séances e. d. mem. de la Société de Biologie.

Kofeina posiada działanie hamujące na nerw sympatyczny.

Zakaz spożywania kawy bywa tem ściślej przestrzegany i sprawia mniej przykrości pacjentom o ile wzamian zaleca im się kawę Hag wolną od kofeiny i całkowicie nieszkodliwą. Kawa Hag jest najczystszą kawą ziarnistą o wspaniałym smaku i aromacie. Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk.

go w następstwie cewnikowania moczowodu autorowie wykonali u chorej obustronne odłuszczenie torebki nerkowej, jednakże bez rezultatu, dopiero nacięcie nerki prawej sprowadziło poprawę i ostatecznie — wyleczenie.

Zakres działania szczepionek przeciwrzeżączkowych w zależności od umiejscowienia schorzenia. (De l'action et de l'inefficacité des vaccins dans le traitement de la blennorragie. Essai d'interprétation). Sanjurje d'Arellano. *Journal d'Urologie XXX — nr. 2, sierpień 1930.*

Szczepionki przeciwrzeżączkowe wywierają swoje działanie dodatnie wyłącznie w tych schorzeniach rzeżączkowych, które przebiegają z gorączką, jak np. zapalenie najądrza i jądra, ropień sterczu, zapalenie stawu, a nie dają żadnego wyniku w schorzeniach, przebiegających bez gorączki i innych objawów ogólnych.

Autor tłumaczy to w sposób następujący. Dwoinki rzeżączkowe z powierzchni śluzówki cewki moczowej przenikają do różnych jej uchyłków i przewodów gruczołowych i pozostają tutaj przez czas długi jako zdolne do życia i wywoływania powikłań ogólnych i miejscowych. Pozostają one tutaj cały czas nazewnątrz warstwy nabłonkowej śluzówki, jakby na powierzchni ciała, bez kontaktu z przeciwciałami swoistemi, jakie mogłaby zawierać krew. Toteż stosowanie w tych przypadkach szczepionek swoistych byłoby bezcelowe, jeśli pominąć względy profilaktyczne. Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli wytworzy się ognisko ropne np. w sterczu; wówczas przeciwciała ze krwi będą miały dostęp do ogniska rzeżączkowego, i zastosowanie szczepionki okaże się bardzo skutecznem.

Stosowanie szczepionek na rzeżączkę, umiejscowioną w cewce moczowej (przedniej czy też tylnej), możnaby porównać z tem, jakby ktoś chciał wyjałowić skórę na rękach, wstrzykując sobie szczepionki przeciw tym drobnoustrojom, które ma na skórze i w przewodach gruczołów potowych i łojowych.

Dlatego też przebycie rzeżączki nawet o bardzo powikłanym przebiegu, z zakażeniem ogólnem, nie przeszkodzi bynajmniej powtórnemu zakażeniu danego osobnika rzeżączką i ponownemu osiedleniu się dwoinek na śluzówce i w uchyłkach cewki moczowej.

Z powyższych rozważań nasuwa się jeden wniosek praktyczny: lecząc jakiekolwiek powikłanie rzeżączki natury chirurgicznej, (jądro, stawy), należy pamiętać, że obok stosowania szczepionki swoistej, trzeba uwzględnić i pierwotną rzeżączkę cewki, gdyż sprawy te wymagają odrębnego i jednoczesnego traktowania.

Przyczynek do badań doświadczalnych nad wynikami podwiązywania pni żylnych w przypadkach niedrożności odpowiednich tętnic. (Contribution à l'étude expèrimentale du mêcanisme d'action des ligatures veineuses dans les oblitérations artèrielles). R. Leriche i R. Fontaine. *Lyon Chirurg. XXVII — nr. 5 wrzesień — październik 1930.*

Jest faktem znanym ogólnie, że jeśli po podwiązaniu pnia tętniczego podwiązać również odpowiednią żyłę, to ciśnienie krwi w danej kończynie wzrasta. W związku z tem zaleca się w przypadkach zwężenia światła tętnicy (endarteriitis obliterans) podwiązywanie towarzyszącej jej żyły, uzasadniając to w sposób następujący: jeśli po zamknięciu światła tętnicy odpowiadająca jej żyła pozostaje drożna, wówczas krew, przedostająca się do kończyny z najbliższych tętniczek obocznych, wraca zaraz dośrodkowo przez drożną żyłę; jeśli zaś światło żyły zostanie również zamknięte, wówczas krew z tętniczek obocznych jest zmuszona przeniknąć dalej do obwodu i tu szukać drogi odpływu w kierunku dośrodkowym.

Autorowie przerobili odnośne doświadczenia na zwierzętach i przyszli do nieco innych wniosków na temat mechanizmu działania tego rodzaju podwiązek żylnych. Podwiązywano psom tętnicę udową, a następnie i żyłę, mierząc jednocześnie ciśnienie krwi w tętnicy udowej poniżej podwiązki. Okazało się przytem, że: 1) po podwiązaniu żyły ciśnienie na obwodzie wzrasta powoli, osiągając swoje maximum po 4 — 5 minutach; 2) ciśnienie to wzrasta w większym stopniu po podwiązaniu żyły biodrowej wspólnej, niż po podwiązaniu żyły udowej, w stopniu zaś najwyższym — po podwiązaniu żyły głównej dolnej (v. cava inf); 3) po osiągnięciu swego najwyższego poziomu ciśnienie zaczyna opadać i w ciągu 15 — 60 minut wraca do liczby początkowej; 4) jeśli z żyły udowej zdjąć nagle podwiązkę, ciśnienie w tej chwili spada i to czasami poniżej liczby początkowej.

Autorowie wyniki otrzymane tłumaczą w sposób następujący. Podwiązanie żyły udowej pociąga za sobą zastój krwi w tętniczkach i naczyniach włosowatych, co zkolei wywołuje skurcz naczyń obwodowych i wzrost ciśnienia w obwodowym końcu tętnicy udowej. Spadek ciśnienia po zdjęciu podwiązki z żyły udowej jest spowodowany czynnem rozszerzeniem naczyń na obwodzie (analogicznem do tegoż po zdjęciu opaski uciskowej).

Klinicznie, podwiązanie żyły udowej powoduje przejściowy skurcz naczyń obwodowych, trwający koło 30 minut — dopóki się nie wyrówna w niej krążenie poprzez żyły uboczne; po tym okresie następuje czynne rozszerzenie naczyń obwodowych, takie samo, jakie następuje po zdjęciu — w doświadczeniach na zwierzętach — podwiązki z żyły udowej. Tylko ten drugi okres może mieć znaczenie lecznicze. To czynne rozszerzenie naczyń utrzymuje się tylko w ciągu 10 — 15 dni.

Naogół można powiedzieć, że w przypadkach endarteriitis obliterans podwiązanie żyły wywiera to samo działanie, co odnerwienie tętnicy (sympaticektomja).

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Przecięcie kości łonowej u pierwiastek. (La pelvitomie chez les primipares). Aburel E. *Gynécol. et Obstétr. T. XXI, Nr. 5 1930.*

Operacja przecięcia kości łonowej weszła w nowe stadjum od czasu wprowadzenia sposobu operacyjnego *Zarate'a* polegającego na:

1) przecięciu podskórnem, jako najłatwiejszem i najlepiej zapewniającem aseptykę.

2) rozszerzenie miednicy postępować powinno bardzo powoli i ostrożnie.

3) Odległość przeciętych powierzchni od siebie winna nie przekraczać 2—3 cm.

4) Dążyć należy do samoistnego porodu dziecka, o ile zaś występuje konieczność założenia kleszczy, należy wykonywać trakcję b. ostrożnie i powoli.

5) Nacięcie krocza i pochwy pozwala uniknąć rozerwania przedniej ściany pochwy w okolicy cięcia kości łonowej.

6) Znieczulenie lędźwiowe powoduje zwiotczenie części miękkich kanału rodnego.

7) Po zabiegu pozostawić należy cewnik à demeure w pęcherzu.

Jednocześnie z tak ujętą techniką opracowano warunki położnicze, pozwalające na wykonanie omawianej operacji, a mianowicie: 1) niestosunek porodowy nie powinien być znacznego stopnia, 2) operację wykonać należy dopiero po dłuższej obserwacji, wykazującej, że poród siłami natury odbyć się nie może. 3) Kanał rodny winien być dostatecznie rozciągliwy, aby móc przepuścić bez naruszenia ciągłości rodzący się płód. 4) Ujście zewnętrzne macicy winno być całkowicie rozwarte. 5) Płód może wykazywać objawy złego samopoczucia, ale powinien być żywy; 6) bóle porodowe powinny być dość silne, aby pozwolić na ocenę niestosunku porodowego, a następnie — na poród samoistny. 7) Objawy zakażenia jaja płodowego nie mogą być zbyt silne, gdyż to wymagałoby raczej usunięcia macicy po cięciu cesarskiem, lub wydobyciu jej przez powłoki brzuszne (według *Portes'a*).

Wskazaniami bezwzględnemi niejako do pelvitomji są; 1) zatrzymanie główki następującej przy położeniu pośladkowem ponad wchodem miednicy o ile płód jeszcze żyje; 2) niemożność wydobycia plecków po porodzie główki przodującej; 3) zaklinowanie główki, zwłaszcza w położeniu odgiętem; 4) miednica lejkowata — główka głęboko w miednicy (cięcie cesarskie byłoby niemożliwe i niebezpieczne).

5) Lekki niestosunek pomiędzy główką a miednicą, nieustępujący podczas próby porodu z główką przodującą.

Wreszcie przechodząc do pytania, czy omawianą operację można wykonywać u pierwiastki, autor odpowiada twierdząco na zasadzie statystyki swego szefa *Le Lorier'a*, a także znanej z literatury statystyki *Zarate'a*, którzy zgodnie stwierdzają, że naogół wyniki pelvitomji nie są gorsze u pierwiastek, niż u wieloródek. Jedynie ilość rozległych pęknięć pochwy jest u pierwiastek większa.

W sprawie wyboru metody operacyjnej cięcia cesarskiego. (Du choix de la méthode de l'operation césarienne). Goussakoff. *Gynécol. et Obstétr. T. XXI, Nr. 5. 1930.*

Autor stwierdza raz jeszcze znany powszechnie i przyjęty pogląd o wyższości cięcia cesarskiego w dolnym odcinku macicy wykonanego, ponad cięciem cesarskiem klasycznem i pozaotrzewnowem. Argumenty autora, zresztą zaczerpnięte z piśmiennictwa, dotyczą głównie mniejszej wytrzymałości blizny w trzonie macicy, w porównaniu z blizną w szyji, a także większego prawdopodobieństwa zakażenia otrzewnej z powodu wchodzenia jelit w pole operacyjne przy klasycznem cięciu cesarskiem; ponadto płynna zawartość macicy łatwiej przedostaje się z cięcia w trzonie, niż w dolnym odcinku, z którego spływać może wprost nazewnątrz, oczywista po oddzieleniu jamy brzusznej za pomocą kompresów umieszczonych po bokach.

Statystyka autora jest niewielka, wynosi ona przeszło 50 przypadków z 3-ma przypadkami śmierci (1 w związku z łożyskiem przodującem. 2 — w związku z rzucawką porodową). Technika autora, opisana dokładnie, w niczem nie różni się od podręcznikowej, jedynie rzuca ona radę, aby wydobycie główki płodu ułatwić sobie za pomocą wprowadzenia do ust płodu palca, w celu kierowania i pociągnięcia główki, wedłng mechanizmu porodu twarzowego.

W sprawie kurczowych bólów macicy i ich leczenia. (Sur les états spasmodiques de l'uterus et leur traitement). Burger P. *Gynecol. et Obstetr. T. XXII, Nr. 1. 1930 r.*

Autor porusza raz jeszcze sprawę bólów kurczowych macicy w czasie porodu, poruszaną już wielokrotnie przez innych członków szkoły strasburskiej z *Kreisém* na czele.

Jak wiadomo obkurczenie dotyczyć może szyjki macicy i to tak ujścia wewnętrznego, jak (częściej) zewnętrznego. Obkurczenie to wywołuje wtórnie nieregularne, bolesne bóle porodowe, które pomimo swej częstości i bolesności nie dają postępu porodowego. Rozpoznanie tych stanów nie jest trudne, skoro się o nich pamięta w czasie prowadzenia porodu. Leczniczo podać należy narkotyk (spasmalgina, morfina, hemypnal i t. d.), aby przerwać nadmierne pobudzenie nerwowe, idące z obkurczonej szyji na trzon macicy. Jeżeli postępowanie powyższe nie odnosi pożądanego skutku, spróbować należy przebicia błon płodowych, rozumując w ten sposób, że przeszkoda leży w oporze wód przodujących, opierających się na zbyt twardym pęcherzu. Jeśli i to nie pomoże, mamy prawdopodobnie do czynienia ze zbliznowaceniem chorobliwem szyjki macicznej. Na zakończenie autor przestrzega przed zbyt pohopnem stosowaniem przebicia pęcherza płodowego, żądając indywidualizacji w każdym przypadku.

Działanie znieczulenia lędźwiowego na zdolność kurczenia się macicy (na bóle porodowe), (L'action de la rachianesthesie sur la contractilité utérine). Mahon R. *Gynecol. et Obstetr. T. XXI. Nr. 3, 1930.*

Autor, który oddawna pracuje nad sprawą wpływu znieczulenia lędźwiowego na macicę, podaje w niniejszym artykule wyniki swych doświadczeń wykonane w 9 przypadkach znieczulenia lędźwiowego podczas porodu. Skurcze macicy określał autor za pomocą metody *Fabre'a*, t. zw. hystografja externa (Whitehouse and Featherstone-Journal of obstetrics and gynaecology of the British Empire Nr. 4, 1924).

W wyniku swych badań autor dochodzi do mocno ugruntowanych wniosków, z których najważniejszy brzmi: znieczulenie lędźwiowe bynajmniej nie zwieksza siły, długości i częstości skurczów macicy (bólów porodowych), natomiast wywołuje obkurczenie się macicy z rzadkimi i krótkimi okresami rozkurczu.

Podkreślić należy szczególnie pierwszą część niniejszego zdania, gdyż wbrew poglądom niektórych autorów, znieczulenie lędźwiowe nie wzmacnia bólów porodowych, lecz przeciwnie bardzo znacznie je osłabia lub nawet znosi na pewien czas.

Stąd ważny wniosek ogólno-fizjologiczny, że rdzeń w swej części lędźwiowej wywiera silny wpływ na czynność mięśnia macicy rodzącej, gdyż zniesienie tego wpływu zmniejsza wybitnie skurcze macicy w czasie porodu. Dla kliniki zaś można wyciągnąć praktyczne wskazania do stosowania omawianego znieczulenia w przypadkach gdy:

1) pragniemy uzyskuć zwiotczenie szyji macicznej;
2) dążymy do obkurczenia macicy, zwłaszcza w celu opanowania krwawienia;
3) z tych czy innych względów możemy obyć się bez skurczów macicy w znaczeniu bólów porodowych.

Główne zadanie niniejszego artykułu polegało na rozpatrzeniu wpływu znieczulenia lędźwiowego na czynność trzonu macicy, nie zmienia jednak bynajmniej ustalonego już faktu naukowego i klinicznego, że szyja i krocze ulegają pod wpływem omawianego znieczulenia wybitnemu zwiotczeniu.

(Niniejsza praca wnosi zasadniczą poprawkę do istniejących dotychczas w tej sprawie poglądów i wpłynie niezawodnie na wyjaśnienie panującego chaosu sprzecznych opinji — przyp. refer.).

Samoistne odcięcie jajowodu na skutek skrętu torbieli jajnika. (Amputation spontanée d'une trompe par suite de la torsion d'un kyste ovarien). Meyer S. *La Gynecologie, T. 29, Nr. 8, 1930.*

Przypadek autora dotyczył osoby 58-letniej jeszcze miesiączkującej. Z powodu rozpoznania dobrotliwego nowotworu jajnika, wykonano operację, w czasie której stwierdzono torbielak jajnika prawego, wielkości główki noworodka, a na nim rozpłaszczoną trąbkę prawą. Trąbka ta wykazuje skręt o 360° w końcu brzusznym w okolicy bańki i ponad to przerwanie ciągłości mniej więcej w środku swej długości, wywołane prawdopodobnie dawniej przebytym skrętem.

Na zasadzie przeglądu literatury autor stwierdza, że samoistne odcięcie jajowodu na skutek skrętu należy do rzadkich powikłań. W przypadku opisywanym skręt jajowodu wystąpił aż dwukrotnie.

Wgłobienie jajowodu w czasie poronienia trąbkowego. (Invagination de la trompe au cours d'un avortement tubaire). Meyer S. *La Gynecologie, T. 29, Nr. 8, 1930 r.*

W czasie operacji z powodu ciąży pozamacicznej stwierdzono, że jajowód ciężarny uległ wgłobieniu tak, iż część bańki wpukliła się poprzez ujście zewnętrzne jajowodu razem z rodzącem się jajem płodowem,

Za przyczynę opisanego wyżej stanu autor uważa nadmiernie wzmożoną pobudliwość mięśniówki trąbki, wywołującą silną antiperistaltykę.

W sprawie używania moczu kobiety ciężarnej w leczeniu niektórych schorzeń ginekologicznych. (De l'emploi de l'urine de femme enceinte dans le traitement de certains troubles gynècologiques). A. A. Zamkoff. *Gynècol. et Obstètr. T. XXI. Nr. 5, 1930.*

Autor jest stronnikiem leczniczego stosowania moczu własnego chorych w rozmaitych schorzeniach ogólnych i miejscowych. Tem chętniej po pracach *Zondeka i Aschheima* rozpoczął leczenie moczem kobiet ciężarnych tych schorzeń ginekologicznych, w których osnowie leży niedostateczna lub nieprawidłowa czynność gruczołów płciowych. Autor używał moczu kobiet ciężarnych wyjałowionego przez się: niestety nie podaje, w jaki to sposób zrobił. Stężenie hormonu „przedniego płata przysadki mózgowej" (cudzysłów referenta) wynosiło w tak spreparowanym moczu 5 jedn. mysich w 1 cm³. Dawką normalną było 10 cm³ = 50 jedn. mys. Badaniem na zwierzętach autor udowodnił zupełnej nieszkodliwości injekcji moczu wyjałowionego z jednej strony— z drugiej zaś — stwierdził wybitne działanie na narządy rodne zwierząt obydwu płci w kierunku rozrostu: specjalnie w jajnikach znajdował on, podobnie jak *Zondek i Aschheim*, liczne ciałka żółte, powiększone pęcherzyki *Graafa* i t. zw. punkty krwawe.

Zastosowanie kliniczne na ludziach injekcji moczu kobiet ciężarnych dały nadspodziewanie dobre wyniki w następujących grupach przypadków: a) brak miesiączki czy to na skutek przedwczesnego przekwitania, czy w związku z przebytemi porodami, b) objawy wypadnięcia w okresie przekwitania, c) schorzenia psychiczne.

Omawiając swoje przypadki autor nie podaje niestety ścisłej statystyki udanych czy nieudanych wyników, lecz illustruje artykuł opisem szeregu obserwacji potwierdzających w zupełności przedstawione wyżej wywody.

Rozpoznanie gruźliczego zapalenia jajowodu. Odczyn Besredki. (Diagnostic de la salpingite tuberculeuse, Reaction de Besredka). Douaye, Iepurêano P. *Gynècol. et Obstètr. T. XXI. Nr. 5, 1930.*

Autor części klinicznej *Douay* jest stronnikiem operacyjnego leczenia gruźlicy narządów rodnych, chyba że występuje ona tylko jako część ogólnego gruźliczego zapalenia otrzewnej, najczęściej przebiegającego z dużą ilością płynu surowiczego, W tym ostatnim przypadku można prowadzić zachowawcze leczenie,

Radykalność zabiegu zależy od postaci anatomopatologicznej schorzenia; w przypadkach niewielkich zmian miejscowych można operować zachowawczo, to znaczy mając na myśli utrzymanie ewentualnej zdolności do zapłodnienia. Pamiętać jednak należy, że niekiedy żałować można konserwatywnego stanowiska obranego w tych przypadkach, gdyż niekiedy przychodzi do drugiej następowej operacji z powodu uciążliwych dolegliwości, a zajścia w ciążę chora wszystko jedno nie doczekała się.

Oczywistą jest rzeczą, że tam gdzie operatotrafia na rozległe zmiany w przypadkach, nie powinien się wahać i winien postępować jak najradykalniej, usuwając bezapelacyjnie cały narząd rodny. Operacje, o których mowa, technicznie są bardzo trudne i nie rzadko przyjść może do uszkodzenia

jelita lub pęcherza moczowego, konieczna jest wówczas odpowiednia dodatkowa operacja, pamiętać jednak należy, że każde sączkowanie pogarsza wybitnie przebieg pooperacyjny, gdyż łatwo powstają trudno gojące się przetoki.

Jeśli uważnie zastanowimy się nad powyższemi uwagami, to przyjść musimy, zdaniem autora, do wniosku, że należy się starać operować możliwie wcześnie, aby uprzedzić tak niebezpieczne zrosty przydatków macicy z otoczeniem,

Częstość gruźlicy przydatków jest większa niżby się zdawało przy pobieżnem przeglądzie przypadków; badania anatomo-patologiczne mianowicie wykazały, że wśród zapaleń przydatków leczonych operacyjnie 12% jest gruźlicą przydatków.

Gruźlicze zapalenie przydatków jest trudne do rozpoznania, gdyż klinicznie imituje bardzo często najrozmaitsze schorzenia ginekologiczne, pochodzenia tak zapalnego, jak nowotworowego, jak ciążowego (ciąża pozamaciczna).

Oto kilka cech klinicznych omawianego schorzenia poruszonych przez *Douay*:

1. Niestosunek pomiędzy objawami czynnościowemi a stanem przydatków, stwierdzalnym przedmiotowo: skargi chorej są bardzo niewielkie, a miejscowo znajduje się wielkie twarde guzy przydatków.

2. Kapryśny przebieg schorzenia: niekiedy leczenie idzie nadzwyczaj opornie bez żadnej widocznej poprawy, to znów przychodzi do nagłego polepszenia bez wyraźnej przyczyny, kiedyindziej znów chora, która przybyła do szpitala z jednostronnem zapaleniem przydatków, nagle bez powodu dostaje zapalenia również po drugiej stronie, przebieg krzywej ciepłoty jest również zupełnie nieregularny, wykazując to nagłe skoki ku górze, to odwrotnie dłuższy okres bezgorączkowy, pomimo braku poprawy w stanie jajowodów czy jajników.

3. Wykrycie danych z anamnezy rodzinnej czy osobistej, potwierdzających podejrzenie co do gruźlicy przydatków. Przytem zaznaczyć należy, że jednoczesne wystąpienie gruźlicy płuc i jajowodu jest niezmiernie rzadkie, dużą wagę natomiast posiada stwierdzenie innego umiejscowienia przebytego zakażenia gruźliczego.

4. Zaburzenia w miesiączkowaniu polegające na zupełnej nieregularności, niekiedy skąpych miesiączkach, lub na ich braku,

5. Stan ogólny: schudnięcie, bladość, osłabienie, niedokrewność, poty nocne. Jak widać z powyższego, żadna z przedstawionych cech nie jest bezwzględnie patognomoniczna, nic więc dziwnego, że podjęto próby rozpoznawania gruźlicy przydatków za pomocą badań laboratoryjnych.

Wyszukiwanie laseczników *Kocha* jest niepewne, zaszczepienie śwince morskiej materjału podejrzanego żmudne i długotrwałe, odczyn *Pirquet'a* — niemiarodajny, odczyn *Calmette'a* niebezpieczny dla wzroku — zwrócono sie więc do odczynu odchylenia dopełniacza z antigenem gruźliczym według Besredki. W badaniach autorki dał ten odczyn 71,43% dodatnich i zgodnych wyników (10 przyp. na 14 badanych). Autorowie przypisują omawianemu odczynowi duże znaczenie pomocnicze w diagnostyce gruźlicy przydatków.

Uszkodzenie tkanki łącznej, a w szczególności włókienek klejodajnych (kolagenowych) śluzówki macicy w przypadkach nadmiernych krwawień miesięcznych i t. zw. krwawień macicznych „czynnościowych“. (Les lesions conjonctives en particulier du grillage collagène de l'endomètre dans les cas de menorragies et de metrorragies „fonctionelles”). Kreis J. Rigaut J. *Gynècologie et Obstètrique, t. XXX, nr. 4. 1930.*

Autorowie zbadali histologicznie wyskrobiny w 30 przypadkach krwawień macicy u kobiet w rozmaitym wieku, tak dziewcząt w okresie pokwitania, jak kobiet dojrzałych aż do okresu przekwitania włącznie. Gruczoły śluzówki macicy zachowywały się rozmaicie: niektóre przypadki wykazywały hyperplasjo glandularis endometrii, niektóre nie. Natomiast badanie dokładne elementów tkanko-łącznowych podścieliska, głównie włókien klejodajnych (kolagenowych), układających się w siatkę (t. zw. po niemiecku Gitterfasern) pozwalały stwierdzić uszkodzenie tych elementów we wszystkich przypadkach. Zdaniem autorów przyczyny krwawień macicznych w tych przypadkach szukać należy nie w jajniku, a w samej śluzówce macicy; bodziec wychodzący z jajnika jest tylko powodem, nie przyczyną krwawienia. Martwica komórek i włókienek siateczkowych podścieliska wykazywana w tych przypadkach jest skutkiem braku zdolności regeneracyjnej elementów łączno-tkankowych; to upośledzenie zdolności do regeneracji występuje u młodych dziewcząt od początku ich okresu pokwitania, u kobiet zaś starszych — jest ono objawem przedwczesnego wyczerpania. W omawianych przypadkach stwierdzono niezależnie od okresu miesiączkowego martwicę i spóźnioną regenerację tak komórek podścieliska, jak włókien kolagenowych; martwica ta rozrzucona jest niejako plackami wewnątrz śluzówki macicy. Obecność tych miejsc z martwicą bynajmniej nie przeszkadza w przemianach okresowych śluzówki, występujących pod wpływem jajnika. Bodziec do krwawienia czy to z jajnika wychodzący, czy z poza narządu rodnego natrafia na śluzówkę niedostatecznie przygotowaną do złuszczenia, zawierającą wylewy krwawe śródmięśniowe przedwczesne w miejscach martwicy lub regeneracji. Toteż trwanie i typ krwawienia macicznego zależy z jednej strony od czasu trwania i siły nawału przekrwienia śluzówki; z drugiej zaś strony od zdolności do regeneracji i szybkości jej wystąpienia. Autorowie przypuszczają, że tłem etjologicznem omawianych krwawień macicznych jest kiła, najczęściej dziedziczna. Pogląd ten autorowie opierają głównie na wyniku leczenia przeciwkiłowego, a więc ex juvantibus. Pod wpływem tego leczenia nietylko przychodziło do poprawy klinicznej, ale nawet do wyleczenia anatomicznego, co autorowie mieli sposobność stwierdzić w obrazie histologicznym wyskrobin, gdyż siateczka włókien klejodajnych nabrała znowu prawidłowego wyglądu, tak pod względem gęstości, jak budowy poszczególnych włókienek.

Plastyczne zeszycie zbliznowaciałego pęknięcia krocza III stopnia, dochodzącego do średniej trzeciej części przegrody pochwowo - odbytniczej. (Réparation après cicatrisation d'une dechirure com-

plètę du périnèe prolongèe jusque sur le tiers moyen de la cloison recto-vaginale). Petit-Dutaillis P. *La Gynècologie. t. 29, nr. 8, 1930.*

Po dokładnym przedstawieniu stosunków anatomicznych krocza autor opisuje znany powszechnie warstwowy sposób zeszycia pęknięć krocza III stopnia. Cięcie w kształcie litery H, odpreparowanie śluzówki pochwy od kiszki prostej, zeszycie oddzielne pęknięć ściany kiszki i śluzówki pochwy, wreszcie zeszycie krocza w 4 warstwach: pierwszą stanowi szew srebrny, przechodzący przez całą grubość krocza i wiązany dopiero po skończonej operacji, drugą — szwy katgutowe łączące mięśnie dźwigacze odbytu i przechodzące powierzchownie przez mięśniówkę kiszki prostej lub przez warstwę podśluzową odpreparowanej ściany pochwy; trzecią — szereg szwów katgutowych zbliżających powierzchowne mięśnie krocza, a także końce zwieracza odbytu; do tej że warstwy należą 2 szwy z nitki lnianej przechodzące podobnie jak nitka srebrna przez całe krocze i wiązane po skończonym zabiegu; wreszcie warstwę czwartą stanowią szwy silkwormowe na skórę, wędzidełko i okolicę odbytu, jak również szwy katgutowe na śluzówkę pochwy. Autor przestrzega przed wycinaniem dużych płatów śluzówki tylnej ściany pochwy i twierdzi, że mięśnie dźwigacze odbytu zeszyć można znakomicie bez ich wypreparowywania.

Kilka przypadków ropniaków gruźliczych jajowodu, nienadających się do operacji, leczonych za pomocą nakłócia z następowem leczeniem promieniami X. (Quelques cas de pyosalpinx tuberculeux inextirpables traités par l'incision suivie de radiothérapie). Violet H. *La Gynècologie. t. 29. nr. VIII. sierpień 1030.*

Leczenie operacyjne gruźliczego zapalenia przydatków zostało w ostatnich czasach prawie powszechnie zarzucone. Zwyciężyła prawie na całej linji terapja zachowawcza z promieniami X na czele. Wiadomo jednak, że przypadki gruźliczego zapalenia przydatków, w których ropa zbiera sie w zamkniętych jajowodach, tworząc ropniaki gruźlicze — są bardzo oporne w stosunku do leczenia zachowawczego. Z drugiej zaś strony właśnie te przypadki często są zupełnie niemożliwe do jakiejkolwiek bądź radykalnej terapji operacyjnej, gdyż albo wprost technicznie nie można usunąć schorzałych przydatków z powodu bardzo silnych zrostów z otoczeniem (kiszkami, pęcherzem, otrzewną) albo stan ogólny chorej na to nie pozwala.

W takich to przypadkach radzi autor nakłóciem lub nacięciem najlepiej przez pochwę opróżnić choćby częściowo i wysączkować jamę ropniaka jajowodu, a następnie zastosować naświetlanie promieniami X.

Operując przez powłoki brzuszne często mieć można do czynienia z przetokami, które przed wprowadzeniem do lecznicrwa promieni X były istnem przekleństwem lekarzy; obecnie jednak pod wpływem promieni *Roentgena* przetoki te goją się szybko i bez trudu.

Autor zastosował opisane wyżej leczenie w dwu przypadkach z dobrym skutkiem. Dawka promieni X była następująca: długość iskry 40 cm. natężenie 2,5 miliamp., filtr 0,5 cynku i 1 mm. aluminium, odległość ogniskowa 31 cm. W czasie 3 mies. chora otrzymała w 8 seansach 300 R (francuskich) połowę na brzuch i połowę na krzyż. *T. Zawodziński.*

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Poikilodermatomyositis u osobników młodych i u dzieci. (Poikilodermatomyosite dans la jeunesse et l'enfance). G. Petges i A. Petges. *Annales de Dermatol. et de Syph. Nr. 5, 1930.*

Powyższe schorzenie, opisane dosyć licznie w literaturze, rzadko dotyczyły osobników młodych. Autor podaje opis 2-ch przypadków.

Przypadek 1-szy: teleangiektatyczne rumienie u 18-letniej dziewczyny o umiejscowieniu typowem; na twarzy, górnej części klatki piersiowej i pleców, na ramionach, przedramionach, grzbietach rąk i palców i na kolanach. Równocześnie istniały achromiczne zaniki skóry, Brak wprawdzie zmian barwikowych, te jednak mogą pojawić się później. Ponadto były postępujące zaniki mięśni, zwłaszcza żwaczy, mięśni górnej części tułowia i kończyn, zwłaszcza górnych. Zaburzeń w pobudliwości mięśni nie stwierdzono. Chora zmarła z powodu szybko posuwającej się gruźlicy płuc w $2^1/_2$ roku od pojawienia się pierwszych objawów skórnych.

Przypadek 2-gi: $7^1/_2$ letniego chłopca z analogicznemi objawami ze strony skóry i mięśni. Ponadto istniały: białkomocz, powiększenie wątroby, ascites i obrzęki kończyn dolnych. Kształt czaszki i wyraźna na niej sieć naczyń żylnych nasuwały podejrzenie co do kiły wrodzonej, której śladów jednak u rodziców niemożna było stwierdzić. Stan chorego szybko się pogarszał. Autor zwraca uwagę na ciężki przebieg schorzenia w obu powyższych przypadkach, co zwykle bywa u chorych, dotkniętych poikilodermją przed 20-ym rokiem życia. W tym też wieku zmianom skórnym często towarzyszą zmiany w mięśniach.

Xanthoma w rodzinie. (Xanthomes familiaux). G. Hufschmitt, V. Nessmann. *Annales de Dermat. et de Syph. Nr. 5. 1930.*

Opis uogólnionych xanthomatów u czworga dzieci w jednej rodzinie. U matki dzieci istniały pod śluzówką warg i policzków żółte granulacje cholesterynowe, 5-te dziecko w rodzinie nie wykazywało żadnych śladów schorzenia. U czworga chorych dzieci, które obserwował autor w wieku lat 15 do 26, zmiany na skórze pojawiły się pomiędzy 3-cim a 5-tym rokiem życia, początkowo na dłoniach, następnie uogólniały się. Około 10 roku życia każde z chorych dzieci przechodziło poraz pierwszy reumatyczne zapalenie stawów. W jakiś czas potem rozwijał się u nich obraz aortitis i następowe zmiany w sercu. Jedno z chorych dzieci płci męskiej zmarło nagle w 22-im roku życia. Zmiany skórne polegały na obecności licznych kępek żółtych guzowatych w okolicach stawów, zwłaszcza palców rąk po stronie dłoni i łokci, w mniejszym stopniu zajęte były grzbietowe powierzchnie stawów rąk, okolice stawów stopy i kolan. Guzy barwy różowo-sinej, uciśnięte — przybierały barwę właściwą dla xanthoma. Oprócz guzów liczne tarczki i plamy nieznacznie wyniosłe o tych samych cechach zabarwienia zajmowały pozostałe części kończyn, w środkowych częściach wykazywały zanik skóry. U wszystkich chorych istniały również xanthelasmata na powiekach.

Patogeniczne tło dla tego rodzaju spraw przypuszczalnie stanowi hypercholesterynemia, która zawsze istnieje w przypadkach xanthoma familiaris, a która istniała i w 4-ch powyższych przypadkach. Zdolności odkładania cholesteryny w pewnych okolicach skóry przypisuje się układowi siateczkowo-śródbłonkowemu, a szereg autorów łączy powyższą sprawę z kiłą. W przypadkach xanthoma famil. występuje zwykle hypoglikemja, która, jakkolwiek niestale, przejściowo zawsze w ciągu dłuższych okresów czasu daje się wykazać. Ten objaw wskazuje na niedomogę wątroby. Zwykle w tych przypadkach istnieje także hyperglicaemia alimentaris. W końcu zwraca autor uwagę na możliwość udziału trzustki w patologji tej sprawy.

Leczenie: pewne, chociaż mało estetyczne wyniki daje operacyjne usunięcie guzów. Guzy raz usunięte nie wykazują skłonności do nawrotów. Blizna ma charakter keloidalnej. Nie należy odrzucać leczenia djetetycznego (djeta uboga w tłuszcze). Niektórzy stosują, lecz bez większego powodzenia, środki rozpuszczające cholesterynę (pyridinę, oleum terebenth...), lub utleniające ją (żelazo, związki manganu). Dobre wyniki daje niekiedy lecznie pobudzające wydzielanie wątroby — i tego nie należy nigdy zaniedbywać (siarczan sodowy, atophan, Vichy).

Śródskórne odczyny w przypadku wrzodu miękkiego i lympho granulomatosis inguinalis. (Les intradermo - réactions dans le chancre mou et dans la lymphogranulomatose inguinale considérées spécialement dans leurs rapports avec l'étiologie du syphilome ano-rectal). O. Jersild. *Annal. de Derm, et de Syph. Nr 6, 1930.*

Doświadczenia wykonane na 97 osobnikach (45 przypadków wrzodu miękkiego w różnych okresach choroby i 52 przyp. kontrolne) wykazały, że wszystkie przypadki wrzodu miękkiego bez powikłań, niemniej jak 10 do 12 dni trwające, reagowały na śródskórny zastrzyk szczepionki. Dmelcos (Nicolle) w ilości 0,2 odczynem dodatnim w postaci mniejszej lub większej grudki. W przypadkach wrzodu miękkiego powikłanych dymienicą analogiczny odczyn był również dodatni, przyczem jego nasilenie było o wiele żywsze, odczyny były przeważnie silnie dodatnie. Dodatnie odczyny otrzymywał również autor w przypadkach dawno (1 do 33 lat) przebytego wrzodu miękkiego i to silnie dodatnie w przypadkach powikłanych, gdzie istniały blizny po dymienicy, słabiej w przypadkach niepowikłanych. Autor wyraża przypuszczenie, że stan alergiczny po zakażeniu prątkami *Ducrey'a* utrzymuje się prawdopodobnie przez całe życie. W 2-ch przypadkach ulc. molle gangrenos. wyniki były wątpliwe. Autor nie rozstrzyga, czy w tych przypadkach swoista allergja uległa zmniejszeniu skutkiem dodatkowego zakażenia zgorzelinowego, czy wogóle brak było zakażenia prątkiem *Ducrey'a*. Grupa przypadków kontrolnych zawierała pomiędzy innemi 15 przyp. lymphogranulomat. inguin. i w tej grupie odczyny były ujemne nawet po podaniu jodku potasu, który może — według niektórych — wywołać powstania pseudo-reakcji na luetynę, jakto otrzymywał *Borberg* u niekiłowych. Następna serja doswiadczeń dotyczyła przypadków lymphogranulom. inguinalis. Autor stosował śródskórnie 0,1 antygenu *Frei'a* (sporządzonego ze zropiałych gruczołów pachwinowych) lub analogiczny antygen przygotowany przez Instytut serologiczny. Odczyny we wszystkich (11) klinicznie typowych przypadkach i w przyp. niegdyś przebytej lymphogranul. (14) były dodatnie. W tych samych przypadkach odczyny ze szczepionką *Dmelcos* były ujemne, z wyjątkiem 2-ch, jednego — zakażenia mieszanego, drugiego — który przed 7 laty przebył wrzód miękki. W przyp. kontrolnych, z których 3 przyp. ulcus molle dawały silnie dodatnie odczyny ze szczepionką D. odczyny z antygenem lymphogranul. były ujemne. Autor ponadto przy pomocy śródskórnych odczynów starał sie wyjaśnić etjologję tak zwanego Syphiloma ano-rectale, schorzenia polegającego na obecności hyperplastycznych nacieków około odbytu i następowych zmian zbliznowacenia, Schorzenie to opisał *Fournier* jako trzeciorzędne zmiany kiłowe, obecnie jednak większość autorów uważa je za niekiłowe. Nacieki obejmują nietylko okolicę odbytu, ale i okolice prostnicy, a u kobiet mogą zająć zewnętrzne organy płciowe. Te zmiany przerostowe są następstwem zastoju limfy w obrębie gruczołów pachwinowych i ano-rectalnych. Przyczyną zastoju są zapalne zmiany ropne odpowiednich gruczołów, prowadzące do ich zniszczenia. Przypuszczano, jako najprawdopodobniejsze, zakażenie prątkami *Ducrey'a.* Doświadczenia autora z antygenem lymphogranul. i szczepionką *Dmelcos* wykazały, że przyczyną syphiloma ano-rectale jest lymphogranul. inguin., którą nawet i teoretycznie raczej można uważać w tych przypadkach za przyczynę, gdyż atakuje liczne, jeżeli nie wszystkie, gruczoły pachwinowe, podczas gdy wrzód miękki jeden lub dwa gruczoły, zniszczenie więc gruczołów limfatycznych jest rozleglejsze.

Przeczosy odbytu, spotykane w syphil. ano-rectale przemawiają za lymphogran., gdyż powstałe skutkiem wtórnego zakażenia spływającą ropę z gruczołów okołoprostnicowych są analogiczne do przetok pachwinowych w lymphogranulomatosis. W końcu przypuszczenie wrzodu miękkiego jako przyczyny syphil. ano-rectale nie tłumaczy rzadkiego pojawiania się tego schorzenia, gdy tymczasem lymphogranul. jest schorzeuiem stosunkowo rzadkiem, tak jak i syphiloma ano-rectale. Śródskórne odczyny na antygen lymphogranul. mają więc duże znaczenie rozpoznawcze, należy je wykonywać możliwie jaknajwcześniej, aby po ustaleniu rozpoznania rozpocząć leczenie, nim jeszcze nie uległy zniszczeniu wszystkie gruczoły limfatyczne odpowiednich okolic, gdyż tylko wtenczas można osiągnąć częściowe wessanie się przerostowych nacieków.

Dr *Zofja Jastrzębska.*

CHOROBY NERWOWE.

Wynik badania pośmiertnego przypadku amuzji wraz z niemocą u profesora gry fortepianowej. A. Souques i H. Baruk, *Rev. Neur, T. I, Nr. 4, str. 545, 1930.*

Zniszczenie było bardzo obszerne, za obszerne, żeby można było wyciągnąć jakieś konkretne wnioski. Zajmowało okolicę Wernickiego, zwłaszcza zakręty skroniowe. Prawdopodobnie w części przedniej okolicy Wernickiego należy szukać ośrodka mowy muzycznej.

O zaburzeniach czucia na skutek zapalenia gałązek gardzielowych nerwu błędnego. Maurycy Vernet. *Rev. Neur. T. I. N. 4, str. 557, 1930.*

Ból gardła u osobnika niegorączkującego, znikający w chwili połykania pokarmów stałych i płynnych, zależy zawsze od sprawy zapalnej w rozgałęzieniach nerwu błędnego.

Może mieć miejsce zupełne lub częściowe znie sienie czucia z jednej strony, a z drugiej nadwraż liwość, dochodząca do wybitnej bolesności w obrę bie gardła.

Zupełnie zniesione czucie bywa przeważnie jednostronnie. Wtedy chory niedostatecznie odczuwa przechodzenie pokarmów stałych, czasami bywa utrudnione połykanie płynów. Występuje uczucie obecności obcego ciała w gardle, które chory stara się usunąć zapomocą kaszlu. Zawsze występuje uczucie lęku, Po stronie porażonej brak wydzielania śliny. Leżenie na boku zdrowym i większe wysiłki cielesne wywołują napady dusznicy rzekomej. Badanie wykrywa zniesienie czucia dotykowego na gardzieli i łuku podniebiennym, suchość śluzówki i bladość jej po stronie porażonej.

Częściej występuje tylko częściowe znieczulenie. Uczucie obecności ciała obcego, o ile jest jednostronne, bywa umiejscawiane z tyłu za migdałem, w zatoce gardzielowo-krtaniowej lub na wyso. kości połączenia łuków przedniego z tylnym, czasami u nasady języka. I tutaj występuje kaszel uporczywy:

Przeczulica, względnie ból w gardzieli, występuje przedewszystkiem przy zatruciach gazami. Chorzy mają uczucie palenia, kłucia, bóle głuche lub żywe. Uspakaja je w poszczególnych przypadkach bądź zimno, bądź ciepło. Chory taki jest wrażliwy na najmniejszą zmianę wilgoci powietrza. Zjawia się kaszel kokluszowy, trwający miesiącami. Występują napady obfitego wydzielania śliny naprzemian z okresami suchości gardła. Ma to wskazywać na zaczynający się już okres porażeniowy. Zespół ten bywa obserwowany również u tabetyków. Również półpasiec w obrębie nerwu błędnego pozostawia po sobie napady bólowe.

W opisanych stanach przy normalnym wyglądzie śluzówki stwierdza się na niej objektywne zaburzenia czucia, wzmożone wydzielanie śliny lub naodwrót suchość.

Wśród momentów etjologicznych nie małą rolę odgrywa wpływ bezpośredni zimna i zakażenia grypowego, wreszcie miejscowe urazy, kamień w migdale i zapalenie pozamigdałowe,

Leczenie powinno zasadzać się na uspokojeniu chorego, którego zwykle dotąd zbywano tem. że nazywano jego cierpienie „nerwowem". Należy mu podać rozpoznanie naukowo uzasadnione. Miejscowo przedewszystkiem usuwamy wszelkie podrażnienia. Zależnie od postaci cierpienia staramy się wywołać przekrwienie lub naodwrót zblednięcie (lekkie przypalanie galwaniczne gardzieli, kąpiele gorczycowe nóg, gorące owijania, adrenalina, leczenie wodą). W postaciach o słabo wyrażonych zaburzeniach naczynio-ruchowych podają codziennie eserynę, lub preparaty jaborandi (neopancarpinę, vaso-neurinę, lub geneserinę). Dwa razy dziennie gorące płukania gardła rozczynem sody lub boraksu, codziennie gorące owijania gardła.

Przypadek „vertebra plana" (Calvé) z objawami neurologicznymi. Krygers Jazen. *Rev. Neur. T. 1. N. 4, str. 568, 1930.*

Cierpienie występuje rzadko i ma następujące cechy: 1) zajęty jest tylko jeden krąg, zwykle jeden z dolnych piersiowych, 2) mało prawdopodobny jest wpływ silnego urazu. Odczyny *Pirqueta, Mantoux i Wassermanna* są ujemne. *Rentgen* wykazuje na miejscu jednego kręgu krążek kostny, przyczem odstęp między nim i sąsiednim kręgiem jest większy cokolwiek od grubości chrząstki międzykręgowej. Czasami występowało lekkie wzniesienie ciepłoty ciała. *Calve* nazwał te cierpienie „dziecinnem zapaleniem kostno-chrząstkowem kręgów (osteochondritis)".

Zależnie od obrazu rentgenowskiego *Krygers Jazen* rozróżnia trzy okresy cierpienia: 1) okres zanikowy: krąg zachowuje swą postaé, w środku powstaje zaciemnienie, 2) okres stopniowego zaniku kręgu, występuje jądro ciemne, nad i pod którem leży odwapniona tkanka kostna, 3) okres odradzania: krąg podnosi się wskutek zwapnienia części odwapnionych.

Prognoza w chorobie *Calvego* jest lepszą, niż w zapaleniach kręgów.

Poraz pierwszy w przypadku autora notowano objawy neurologiczne, zależne prawdopodobnie od miejscowego obrzęku.

O rzekomem porażeniu Parrota. M. Péhu i A. Mestrallet. *Le Journal de Medecine de Lyon. 1929, Nr. 236, str. 693.*

W 1872 r. *J. Perrot* opisał rzekome porażenie u dzieci z kiłą wrodzoną. Badania radjologiczne znacznie rozszerzyły nasze wiadomości o tem cierpieniu,

Występuje w pierwszych dniach życia, wyjątkowo tylko u dzieci starszych nad 3 miesiące, zależy od wielorakich zmian kośćca, jako to: zapalenie kostno-chrząstkowe różnego natężenia jamy w kościach, najczęściej kilaki kości długich. Prawdopodobnie ma również miejsce zajęcie aparatu mięśniowo-ścięgnowego, zwykle leczenie przeciwkiłowe daje wyleczenie. Pozostałości są mało znaczące i kości rozwijają się nadal prawidłowo.

Nowoczesne leczenie drętwicy karku. P. Teissier i J. A. Chavany. *Presse Medicale. 1930, Nr. 79, str. 321.*

Różne są przyczyny niepowodzeń leczenia drętwicy karku. Jedne z nich wywołują zupełne niepowodzenie przedsięwziętego leczenia, inne powodują tylko niezwykły przebieg choroby,

Do przyczyn uniemożliwiających wyleczenie należą: 1) wiek niemowlęcy — oseski są niewrażliwe na zwykłe leczenie surowicą i szczepionkami; 2) niezwykła zjadliwość zarazka, 3) wtórne zakażenie płynu m.-rdz, gronkowcami i pneumokokkami i 4) tworzenie się otorbionych ognisk, zawierających meningokokki — najczęściej w zbiorniku móżdżkowo-rdzeniowym.

Przyczyny powstawania nieprawidłowego przebiegu cierpienia nie są zupełnie jasne, Zdarza się np., że płyn, który był już jałowy, znowu wykazuje obecność meningokokków, takie rozsiewanie zarazków powstaje, bądź z ognisk. mieszczących się w przestrzeniach okołonaczyniowych mózgu lub

torbielach splotu naczyniastego, bądź z ognisk, leżących poza układem nerwowym — w uchu wewnętrznem lub przestrzeni noso-gardzielowej. O ile chorzy na drętwicę karku, nie gorączkując, wykazują przyspieszenie tętna, to można spodziewać się nawrotu choroby,

Rzadziej zdarza się posocznica meningokokkowa następczo po przebytej drętwicy, — zwykle ma miejsce odwrotny porządek, najprzód posocznica, a później objawy oponowe.

Autorowie podają obserwacje leczenia 10 przypadków; koniecznie należy doprowadzić do bezpośredniego zetknięcia się surowicy z ogniskiem chorobowem, bo surowica działa tylko lokalnie. Po wprowadzeniu surowicy drogą nakłucia lędźwiowego należy ułożyć chorego możliwie najbardziej pochyło. Nie mniej często należy uciekać się do nakłucia podpotylicznego, wreszcie do nakłuć na różnych wysokościach rdzenia kręgowego. Nakłucie komorowe może być stosowane tylko w wyjątkowych przypadkach, o ile pewni jesteśmy, że ognisko zakażenia leży w mózgu.

Co do rodzaju surowicy, to autorowie są raczej za surowlcą wieloważną.

Gdy pomimo stosowania lege artis surowicy, nie następuje wyleczenie, to po 4—5 dniach należy przejść na proteinoterapję stosowaną dokręgowo i śródmięśniowo, używając dużych dawek (3—5 cm^3), żeby wywołać odpowiednie odczyny. Słabe odczyny lub brak ich wskazują na beznadziejnoćć zabiegu, co zdarza się u osesków i, u osób, które przekroczyły 50-tkę i gdy płyn mózgo-rdzeniowy stał się czysto ropnym,

Ze środków chemicznych w leczeniu drętwicy używają pochodne akridyny-trypaflawinę i gonakrinę. Dożylne wprowadzenie tych leków daje dobre wyniki w przypadkach posocznicy. Do płynu m.-rdz. należy wprowadzać tylko słabe rozczyny (1:1000 i 1:50000) gonakryny w ilości 2 do 5 cm^3. Takie rozczyny są przez chorych znoszone zupełnie dobrze.

Myokloniczna myopatja. Egas Moniz. *Rev. Neur. 1930, T. I. Nr. 5, str. 747.*

Istnieje postać przerostowego zaniku mięśni o bardzo powolnym przebiegu, występuje u dorosłych i cechuje się myoklonją i paramyoklonją. Histologicznie stwierdzono przerost włókien mięsnych, powiększenie ilości jąder i miejscami nieznaczny przerost tkanki łącznej. Niektóre włókna ulegają zwyrodnieniu, co odpowiada okresowi zejściowemu cierpienia.

Skurcze mięśni zależą prawdopodobnie od wpływu opisanych zmian na nerwy obwodowe. Z przytoczonej obserwacji wynika, że dla powstawania paramyoklonus multiplex muszą być oprócz zmian w układzie nerwowym ośrodkowym jeszcze zmiany na obwodzie.

Zaburzenia mowy w przebiegu stanów opuszkowych Gabryela Lévy. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3. str. 289.*

Zaburzenia mowy u rzekomo - opuszkowców są trzech typów: 1) dysfonja, 2) dysartrja, lub anartrja i 3) palilalja.

Trudno orzec, czy zaburzenia fonacyjne zależą od uszkodzenia ośrodka krtani w korze, czy od uszkodzenia torów korowo-opuszkowych lub wreszcie od obustronnego przerwania tych dróg, względnie obustronnego uszkodzenia jąder szarych.

Również trudno orzec, czy dysartrja, względnie anartrja zależą od równoczesnych zmian w korze i w jądrach szarych, czy też od takich uszkodzeń obustronnych.

Patogeneza palilalji jest zupełnie niewyjaśniona. Badania nad zaburzeniami mowy rzekomo-opuszkowców utrudnia rozlany charakter zmian i ich obustronność.

Znaczenie rozpoznawcze jednobiegunowych podrażnień elektrycznych w dystonjach pozapiramidowych. Vincenzo Néri. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3, str. 309.*

Autor podaje swoisty odczyn elektryczny mięśni w porażeniach pozapiramidowych.

Jeżeli drażnić mięśnie prądem galwanicznym lub faradycznym tetanizującym w pewnych ściśle określonych miejscach, to zależnie od kierunku prądu otrzymujemy stale jednakową odpowiedź. Elektroda nieczynna winna spoczywać na plecach, prąd galwaniczny należy stosować najsłabszy, zaledwie zdolny wywołać skurcz.

U zdrowego osobnika podrażnienie prądem ujemnym dolnego końca mięśnia trójgłowego przy ustawieniu przedramienia pod kątem prostym do ramienia, wywołuje wyprostowanie przedramienia, natomiast przy przeciwnym kierunku prądu występuje zgięcie. Drażnienie biegunem ujemnym zewnętrznego brzegu łokcia bezpośrednio nad rylcowatym wyrostkiem przy zgiętem przedramieniu pod kątem prostym i w pozycji pośredniej między od — i nawróceniem, wywołuje nagły nawrotny ruch (pronatio) przedramienia, biegun zaś dodatni daje zgięcie dłoni.

W porażeniach pozapiramidowych trzeba stosować prąd silniejszy, przyczem występuje zgięcie powolne i stopniowe palców i dłoni, rzadziej powolne wyprostowanie palców i dłoni lub wreszcie zgięcie przedramienia; skurcz ma charakter drżący. Ma się wrażenie, że skurcz rozprzestrzenia się z włókna na włókno, wywołując rodzaj trzęsienia, drzenia mięśni, które zawsze odczuwa się ręką, czasami można je dostrzec okiem. Właśnie s k u r c z p o w o l n y i d r ż ą c y jest typowy dla dystonji pozapiramidowych.

Podobne zjawiska występują na dolnych kończynach. Drażnienie biegunem ujemnym odsiebnej części mięśnia czworogłowego 4 palce nad rzepką wywołuje u zdrowego wyprostowanie nogi, u parkinsonowca — zgięcie. Drażnienie dolnego końca mięśni strzałkowych 4 palce nad kostką zewnętrzną wywołuje u zdrowego odwodzenie, u chorego — przywodzenie stopy.

Zasługuje na uwagę, że typowy odczyn myodystoniczny występuje tylko przy początku badania, później znika, żeby po pewnym czasie znowu powrócić. Ciepło zmienia patologiczny odczyn na prawidłowy. w podobny sposób działa scopolamina. Przyczynę tego odczynu autor upatruje w zmianach sarkoplazmy, zależnych od zmian w układzie prążkowym.

Przyczynek do kliniki i anatomji pierwotnej drżączki poraźnej wieku młodzieńczego. (Postępujący zanik kuli bladej Ramsay-Hunta). Ludo van Bogaert. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3, str. 315.*

Autor przytacza przypadek młodzieńczej postaci drżączki poraźnej. Początek choroby stale postępującej w 7-ym roku życia. Na obraz kliniczny składają się następujące objawy: drżenie typu parkinsonowskiego, wiązkowe skurcze mięśni, powolne ruchy o małym zasięgu w obrębie tułowia i pasa miednicowego, niepewność pląsawicza rąk, retropulsja, dysartrja rzekomo-opuszkowa, wybitna hypotonja, zaburzenia trawienia, które możnaby wiązać z dysfunkcją wątroby.

Badanie histologiczne wykryło wybitny zanik zwyrodniający kuli bladej, obejmujący również, choć w mniejszym stopniu, prążkowie i bardzo dyskretnie ciało *Luysa* i istotę czarną. W wyniku tych zwyrodnień występuje zanik połączeń prążkowo-podwzgórzowych, prążkowo-czarnych, pętli soczewkowatej, zwłaszcza połączeń prążkowo-bladych. Kora mózgowa, wzgórze wzrokowe i móżdżek są bez zmian. Wątroba okazała się niezmieniona. W kiszkach mięśniak gładko-komórkowy.

Cierpienie należy uważać za abiotrofję kuli bladej; sprawa jednak może rozprzestrzeniać się na inne układy, złączone fizjologicznie z układem bladym.

Drżenie powiek. L. Benedek i E. de Thurzo. *Rev. Neur. 1930, t. II, nr. 3, str. 327.*

Dwie obserwacje bardzo rzadkie. Jedna dotyczy przerzutu mięsakochrząstniaka do mózgu, druga — przewlekłego zapalenia mózgu. W obu przypadkach obserwowane obustronne drżenie powiek.

Dr. Z. Messing.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie zapalenia jajowodów zapomocą naświetlań promieniami pozaczerwonemi. W przypadkach bardzo uporczywego zapalenia trąbek (na tle rzeżączkowem i innem), nie poddających się leczeniu diatermją, próbowano stosować, z bardzo dobrym wynikiem, naświetlania promieniami pozaczerwonemi. Używano do tego celu przyrządu *Waltera*, który jest zaopatrzony w filtr, przepuszczający jedynie fale o większej długości i posiadające, w związku z tem, większą zdolność przenikania w głąb tkanek; Działanie tych naświetlań nie polega tu wyłącznie na przegrzewaniu tkanek — które zresztą najłatwiej jest osiągnąć zapomocą diatermji — ale również na jakimś bliżej nieznanym odczynie fizyko - chemicznym ze strony soków tkankowych.

Naświetlać należy brzuch z odległości 50 — 20 cm w przeciągu 30 — 40 minut, z początku co drugi dzień, później codziennie; stosuje się naświetlania serjami (25 do 30 seansów) przerwy między serjami wynoszą 3 tygodnie. Już po pierwszych naświetlaniach zaznacza się wyraźne zmniejszenie bólów; wkrótce po tem zaczyna się zmniejszać wydzielina ropna, zjawiają się perjody, ustępują nacieki i poprawia się stan ogólny. Sposób ten jest tak prosty i bezpieczny, że może być stosowany z powodzeniem przez same chore, u siebie w domu.

(*Rousseau i Nyer — La Presse Méd. Nr. 78, 1930.*

Leczenie zgorzeli prącia surowicą przeciwzgorzelinową. W przypadkach tak zwanej samoistnej zgorzeli prącia bardzo dobre wyniki daje stosowanie surowicy przeciwzgorzelinowej — miejscowo (po ewentualnem nacięciu tkanek) i ogólnie (domięśniowo i podskórnie). Wstrzykuje się po 80 cm³ w ciągu 6 dni — 40 cm³ podskórnie i tyleż domięśniowo Bardzo ważnem jest dla ostatecznego wyniku, żeby leczenie surowicą rozpocząć jak najwcześniej. Niepożądanego działania ubocznego nie spostrzegano nigdy. Zwykle już od 2 — 3 dnia zaznacza się poprawa: gorączka opada, miejscowy stan zapalny się zmniejsza, ognisko martwicowe zaczyna się ograniczać. Po zagojeniu się pozostaje blizna mało zniekształcająca. Leczenie surowicą przeciwzgorzelinową pozwala w ten sposób uniknąć znaczniejszego okaleczenia, jakie pociąga za sobą z reguły zastosowanie leczenia operacyjnego.

(*Lortat — Jacob, La Presse Méd. nr. 80*).

BIBLJOGRAFJA.

Dr. Wiktor Proszowski: Sprawozdanie z pierwszego sezonu zimowego w Truskawcu 1929/30. Za przykładem innych uzdrowisk poszedł Zarząd uzdrowiska Truskawiec i urządził w okresie od 1 grudnia 1929 do 28 lutego 1930 sezon zimowy dla kuracjuszy. Zdaje o tem sprawę w osobnej broszurze lekarz zdrojowy Dr. Proszowski, kreśląc piórem fachowca korzyści i dodatnie wyniki leczenia w sezonie zimowym w Truskawcu.

Le diabète sucré son traitement. par P. A. Carrie. G. Doin. Paris. 1930. Cena 20 fr. fr. Str. 91. Krótka ta monografja, obejmująca w zwięzłej formie istotę i leczenie cukrzycy, zasługuje bezwzględnie na uwagę. Autor starał się, bowiem, dać jak najwięcej wskazówek praktycznych, dotyczących leczenia cukrzycy, pomijając zawiłe rozważania teoretyczne. Fakt powyższy czyni monografję wspomnianą wielce pożyteczną dla każdego lekarza praktyka.

Jakób Węgierko.

Les syndromes icteriques par P. A. Carrie. G. Doin. Paris. 1930. Cena 85 fr. fr.Str. 441. W obszernej tej monografji omówione są w sposób wyczerpujący najrozmaitsze postacie żółtaczek i uwzględnione wszelkie istniejące dotychczas teorje ich powstawania. Książka służyć może swym bogatym materjałem zarówno lekarzowi, zajmującemu się tem zagadnieniem z punktu widzenia teoretycznego, jak i lekarzowi praktykowi, leczącemu wszelkie postacie żółtaczek. Książkę mogę gorąco polecić każdemu, pragnącemu się bliżej zapoznać z istotą zespołu żółtaczkowego.

Jakób Węgierko.

F. Dumarest. M. Guilleminot. P. Rougy. Pleuresies purulentes tuberculoses. Traitement médico-chirurgical. G. Doin. *Paris. 1930. 44 strony. 16 fr. fr.*

Coraz większe rozpowszechnienie stosowania odmy sztucznej niewątpliwie wpłynęło na zwiększenie liczby wysięków gruźliczych opłucnej, a postępy chirurgji klatki piersiowej w wielu przypadkach pozwalają na uzyskanie wyleczenia tam, gdzie dotychczas wszelka nadzieja na wyzdrowienie wydawała się stracona. Z tych względów zaznajomienie się dokładne ze współczesnym stanem leczenia tych schorzeń jest rzeczą ważną dla każdego praktyka, a w pierwszym rzędzie dla lekarza mającego do czynienia z gruźlicą płucną.

Dlatego też należy z radością powitać ukazanie się omawianej książeczki, która podobnie jak i inne wydawnictwa, ukazujące się pod zbiorowem tytułem: „La practique médicale illustrée" w sposób bardzo treściwy i przystępny omawia leczenie tak wewnętrzne, jak zwłaszcza operacyjne, gruźliczych wysięków opłucnej. Za daleko zaprowadziłoby referowanie poglądów autora, jednak godzi się przytoczyć, że są oni naogół gorącymi zwolennikami torakoplastyki, stosowanej w razie potrzeby powtórnie. Oleothorax nie jest przez autorów polecany, inne mniej rozległe zabiegi (wycięcie żeber, drenaż) uważają autorzy raczej za wstęp do leczenia właściwego. Technika, wskazania i t. d. jest przedstawiona krótko, ale zrozumiale. Książkę upiększają bardzo ładne zdjęcia rentgenowskie.

A. W.

S. Turchini. Travaux pratiques de physique medicale. Masson et Cie. *Paris. 1930. 116 str. 14 fr. fr.*

Klinika korzysta coraz to więcej ze zdobyczy fizyki, stąd konieczność studentów medyków nietylko teoretycznego zaznajomienia się z prawami fizyki, ale i poznania praktycznego podstaw urządzenia i stosowania przyrządów najczęściej używanych w klinice bądź w celach rozpoznawczych, bądź leczniczych. Autor zdaje się był pierwszym wogóle wykładającym te rzeczy w uniwersytecie Paryskim i powyższa książeczka stanowi króciutki zarys zajęć praktycznych przerabianych przez studentów. Omawia ona kolejno: promienie Röntgena, elektrodjagnostykę, prądy wysokiego napięcia, określanie parcia krwi, kryoskopję, ultramikroskop, pod-

stawową przemianę materji i szereg zagadnień z zakresu optyki, mających zastosowanie w okulistyce. Jak widać z powyższego zestawienia, należałoby być może uzupełnić i rozszerzyć naogół bardzo krótki tekst, ale i w swej obecnej postaci książeczka powyższa może być polecona dla użytku studentów medyków.

KRONIKA

Ratujcie biedne Wdowy i Sieroty po zmarłych lekarzach. Wpłacajcie zaległe składki, które wynoszą około 3000. — zł. Wpisujcie się na Członków Rodziny Lekarskiej (Podwale 18 m. 12) Conto Czekowe P. K. O. Nr. 15,922.

Rodzina Lekarska składa serdeczne „Bóg zapłać" Panu Doktorowi medycyny Neugebauerowi Juljuszowi za piękny dar w postaci kompletu narzędzi sekcyjnych.

OD REDAKCJI.

Przypominamy, że zgodnie z ogłoszonymi w marcowym zeszycie „Wiedzy" warunkami Konkursu termin nadsyłania prac upływa nieodwołalnie dnia 31 grudnia 1930 roku, przyczem zaznaczamy, że pod uwagę będzie brany termin otrzymania, a nie wysłania prac, czyli, że prace otrzymane przez Administrację później niż 31 grudnia nie będą uczęstniczyły w konkursie.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785**

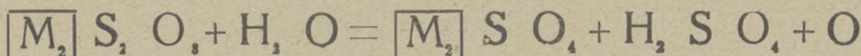
PERSODINE
Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI.

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**



$$\boxed{M_2} S_2 O_8 + H_2 O = \boxed{M_2} S O_4 + H_2 S O_4 + O$$

ANALOGJA Z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

Przywraca łaknienie nawet w najuporczywszych przypadkach

REKONWALESCENCJI,
BLEDNICY,
NIEDOKRWISTOŚCI,
GRUŹLICY,
NEURASTENJI,
SCHORZENIACH ŻOŁĄDKA

u dorosłych i dzieci



Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE, jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB UŻYCIA

PERSODINE podaje się raz dziennie, na godzinę przed obiadem; rozpuszczając tabletki w $^1/_4$ szklanki wody.

Dorosłym — 3 tabletki
Dzieciom od 8—14 lat — 2 tabletki Dzieciom od 2—7 lat — 1 tabletka.

Skład główny L. NASIEROWSKI
Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39, 630-42.
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE W. W. P. LEKARZY.

OPOZONES Lumière

Nowoczesna organoterapja
ze wszystkich gruczołów i narządów

OPOZONES:

„ Thyroïde
„ Mammaire
„ Placenta
„ Hypophyse
„ Biliaire (FELLIS)
„ Hépatique
„ Muqueuse intestinale
„ Muqueuse stomacale
„ Ganglions (GL. LYMPHATICAE)
„ Bulbe (MEDULLA OBLONGATA)
„ Pluriglandulaire „O”

OVARIQUE
- THYROÏDE 0,025
- HYPOPHYSE 0,025
- SURRÉNALE 0,05
- OVAIRE 0,1

„ Orchitique (EXTR. TESTICULORUM)
„ Prostatique
„ Tissu nerveux (SUBSTANTIA NERVOSA)
„ Splénique (LIEN)
„ Pancréatique
„ Surrénale (SUPRARENALIS)
„ Rénale
„ Thymus
„ Corps jaune de l'ovaire (CORPUS LUTEUM)
„ Pluriglandulaire „T”

ORCHITIQUE
- THYROÏDE 0,025
- HYPOPHYSE 0,025
- SURRÉNALE 0,05
- ORCHITIQUE 0,1

Plurigladulaire
- THYROÏDE 0,025
- HYPOPHYSE 0,075
- SURRÉNALE 0,1

Każde pudełko zawiera 54 tabletki powleczone glutenem.

Przedstawicielstwo na Polskę „L. Nasierowski.”

Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42 - Próby i literatura na żądanie WWp. Lekarzy.

HÉMOPLASE
Lumière

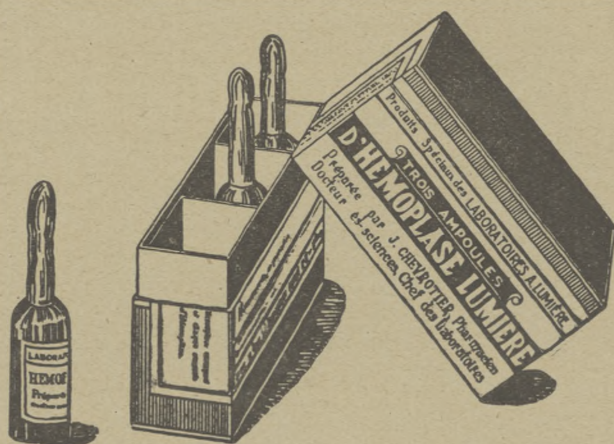
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI ZWIERZĄT
NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, fosfatydy, fermenty i surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega nietylko na zwiększeniu ilości krwinek, lipoidów, fosfatydów i fermentów przez ich wprowadzenie do krwi, lecz **na pobudzeniu szpiku kostnego i krwinek do wytwarzania elementów analogicznych.**

WSKAZANIA:

SCHORZENIA GRUŹLICZE
NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:

HÉMOPLASE APMOULES **(Śródmięśniowo)** à 10 cc. à 5 cc. niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 wstrzyknięcia tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ **(SPECJALNIE DLA DZIECI)** postać ziarnista (z cukrem i wanilją)





DAWKOWANIE:

od 2 — 6 lat 1 — 3 łyż. dziennie, od 6 — 12 lat 3 — 4 łyż. dziennie.

Skład główny L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy